Tome II. — N° 4 Novembre 1953

ANNALES
MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LA VALIDITE DES TESTS DE PERSONNALITE EN PSYCHIATRIE

V. — Etude sur la validité du test de Szondi (1)

PAR

J. DELAY, P. PICHOT, J. PERSE et P. DENIKER

Note liminaire

Cette étude a donné lieu à deux travaux.

Le premier a été effectué à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, et a utilisé la méthode d'appariement, à partir des interprétations de tests de Szondi effectuées en analyse aveugle par une spécialiste de cette épreuve.

Le second mémoire est dû à cette spécialiste. Les conclusions sur la validité du test de Szondi dans ces deux travaux divergent très sensiblement. Dans ces conditions, il a paru indispensable que chacun assume la responsabilité de ses propres conclusions, et que les deux mémoires paraissent sous les signatures de leurs auteurs respectifs.

(1) Travail du Laboratoire de psychologie de la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale, Faculté de médecine, Paris (Professeur Jean Delay). Voir *Annales médico-psychologiques :* novembre 1952, pages 465 à 489 ; décembre 1952, pages 644 à 655 ; janvier 1953, pages 1 à 18 ; février 1953, pages 153 à 174.

L'épreuve qui fait l'objet du présent mémoire a été mise au point en 1937, et publiée pour la première fois en 1939, sous le nom de *Diagnostic expérimental des pulsions,* dans le 3e volume des traités de psychologie de l'Institut de psychologie de l'Université de Budapest. L. Szondi, dans la préface à la traduction française de son livre, s'est élevé contre le qualificatif de test employé pour sa méthode, depuis que Rapaport a, en 1941, parlé de « Szondi Test ». Szondi conteste aussi l'assimilation du diagnostic expérimental des pulsions à une technique projective, soulignant à juste titre qu'il conviendrait de fixer à l'avenir la limite des techniques projectives, le concept de projection ayant pris une extension telle « qu'on parvient à le déceler dans tous les faits psychiques ».

Rappelons rapidement en quoi consiste le « Diagnostic expérimental des pulsions », que nous appellerons ici, pour nous conformer à l'usage, test de Szondi. Le matériel du test comprend six séries de huit photographies chacune. Ces photographies représentent des têtes de malades mentaux (vues de face). On présente au sujet successivement chaque série de photos, et on lui demande de désigner parmi les huit les deux qui lui paraissent les plus sympathiques, et les deux qui lui paraissent les plus antipathiques. On a donc pour chaque sujet 12 photos considérées comme sympathiques et 12 considérées comme antipathiques. Ces choix sont enregistrés sur un profil approprié. L'expérience doit être renouvelée, autant que possible, dans l'espace de un ou deux jours ou de une ou deux semaines, dix fois si possible.

Dans chaque série de six photos, il y en a une d' « hermaphrodite », une de meurtrier, une d'épileptique, une d'hystérique, une de schizophrène catatonique, une de schizophrène paranoïde, une de mélancolique, une de maniaque. Szondi écrit : « Les six séries, comprenant chacune huit photos, doivent être considérées comme identiques du point de vue de leur structure interne ; on peut donc dire à juste titre qu'à six reprises consécutives, une réaction de choix équivalents est proposée au sujet. »

Suivant la technique indiquée, on obtient pour chaque sujet dix profils pulsionnels. A partir de cet ensemble de résultats, on calcule un certain nombre d'indices, et on interprète l'ensemble suivant une technique complexe, reposant sur un système psychologique dû à l'auteur de l'épreuve, appelé par lui analyse de la destinée, explorant la couche familiale de l'inconscient, intermédiaire entre l'inconscient personnel étudié par la psychanalyse et l'inconscient collectif étudié par la psychologie de Jung. Le but de l'épreuve est d'explorer la « généalogie de l'inconscient », de

« rechercher les éléments primaires contenus et transmis dans la couche de l'inconscient familial et de révéler les pulsions familiales refoulées ».

Nous avons vu que Szondi répudiait le nom de test pour son épreuve. Il est certain que si l'on réserve le nom de test aux techniques présentant les qualités métriques des tests d'intelligence, par exemple, le diagnostic expérimental des pulsions n'est pas un test. Mais, dans ces conditions, aucune technique projective n'est un test, et pour commencer le psychodiagnostic de Rorschach. Toutefois, on tend actuellement à élargir les conditions d'emploi du mot test, quitte ensuite à distinguer, comme certains auteurs, les tests psychométriques des tests projectifs. Beaucoup plus importante nous paraît la critique contre la nature projective de l'épreuve. Il s'agit d'un test de personnalité basé, au moins extérieurement, sur la notion de préférence esthétique. Il existe de nombreux tests du même genre, tests de préférence de couleurs, tests de préférence musicale, employés également comme tests de personnalité. Le test de Szondi est plus complexe en ce sens qu'il porte sur des physionomies humaines, mais son principe de construction est le même. Le problème de la validation du test de Szondi devrait donc porter sur deux phases successives : *a*) le choix esthétique de physionomies est déterminé par des facteurs importants de la personnalité du sujet qui procède à ce choix ; *b*) les hypothèses de Szondi concernant les facteurs de la personnalité qui motivent ces choix. En réalité, quand on valide le test de Szondi, on ne peut dissocier le principe sur lequel est basé le test (valeur du choix de physionomies comme test de personnalité), le matériel du test (les photos retenues par Szondi), et les hypothèses psychologiques de l'auteur. Si, par exemple, le test se montrait sans validité, cela pourrait provenir soit de l'un de ces facteurs, de deux d'entre eux, ou des trois. Comme nous l'avons signalé dans notre premier mémoire, dans ce type d'épreuve, l'essentiel de la validation porte sur les hypothèses de l'auteur.

Le test de Szondi a déjà fait l'objet de beaucoup de travaux, et il est peut-être l'épreuve qui a soulevé les controverses les plus passionnées. Nous renvoyons à l'excellente revue générale de Kobler pour les études antérieures de validation. Le moins qu'on puisse dire est que les opinions sont très divisées. On peut résumer l'état actuel de la question de la façon suivante : les études objectives de validation ont donné des résultats ou nuls ou peu significatifs. Par contre, un certain nombre de psychologues, dont

la compétence ne saurait être contestée, estime que le test donne en clinique des résultats intéressants. En somme, on trouve là, poussé à l'extrême, le conflit entre psychologues qui demandent à une épreuve de démontrer sa valeur par des méthodes statistiques, et cliniciens qui estiment qu'en pareille matière, seule l'expérience concrète a un intérêt, et qu'il est ridicule d'introduire les mathématiques là où elles n'ont que faire. L'opposition est très nette dans les travaux français consacrés à l'épreuve. A notre connaissance, il existe quatre études françaises de validation, l'une due à Ancelin, Duchêne et Schützenberger, reposant sur des méthodes statistiques [1], de même que celle de Kobler [24] employant la méthode Q de Stephenson, les deux autres dues respectivement à Stumper [35] et à Mignot et Gabel [27], essentiellement cliniques.

Le travail de Duchêne ne porte pas à proprement parler sur la validité du test de Szondi, mais sur un problème d'analyse intrinsèque d'une hypothèse sur laquelle il est bâti. Celui de Kobler aboutit à la mise en évidence d'une validité très faible (corrélation de .15 entre la description d'un sujet à partir de Szondi et sa description à partir de l'étude clinique). Le travail de Stumper rassemble cinq observations cliniques, suivies des protocoles des tests et de leur analyse. Les conclusions de l'auteur (qui a appliqué l'épreuve « à plusieurs centaines de personnes tant malades que normales ») sont que la méthode « ...permet d'esquisser des silhouettes de caractère, de dépister des dispositions antisociales, de démasquer des tendances criminelles, de reconnaître l'existence d'une vraie hypochondrie, de découvrir un penchant au suicide et de prévoir la phase dangereuse au cours d'une psychose. ...appliquée avec circonspection à des diagnostics aveugles (la méthode) n'expose jamais à de vraies erreurs... ». Le travail de Mignot et Gabel, intitulé « Contribution à la question de la validité du test de Szondi. Quatre analyses aveugles », apporte quatre observations. Les auteurs ont insisté sur le fait que leur analyse a été « réellement aveugle ». Ils concluent dans deux cas à « une correspondance pratiquement parfaite », dans un cas à un demi-échec, dans un cas à un échec complet, ce qui constitue « une proportion de succès intéressante ».

En somme, les deux travaux cliniques français affirment la possibilité par analyse aveugle d'obtenir des résultats nettement favorables. Du strict point de vue méthodologique, nous pensons assez dangereuses les techniques employées dans ces travaux. Sans mettre en doute la bonne foi du psychologue et du psychiatre, il est certain, et il a été bien souvent démontré, que la compa-

raison *à posteriori* de l'observation clinique et du portrait psychologique permet un accord plus facile. Inconsciemment, en raison même de la complexité et du tableau clinique et du portrait, l'observateur tend à retrouver et à mettre en évidence les concordances, et à minimiser les discordances. En tout cas, c'est là un écueil très difficile à éviter, et qui a précisément amené à proposer la méthode d'appariement, qui élimine tout facteur subjectif.

Dans notre travail, nous avons utilisé cette méthode d'appariement (1). Les tests ont été pratiqués dans le service sur 10 malades hommes suivant la technique recommandée par Szondi, et les protocoles ont été remis à une spécialiste du test de Szondi, (Mme R. Pruschy-Bejarano), qui possédait comme tout renseignement sur le malade son sexe, son âge et sa profession quand il en avait exercé une. Elle savait d'autre part qu'il s'agissait de malades internés et par conséquent psychotiques.

Etude des appariements

Nous disposons de deux séries de documents : une série de 10 résumés d'observations cliniques et une série de 10 descriptions de personnalité établies par la spécialiste du Szondi sur la base de l'analyse aveugle des 10 protocoles de test de Szondi, soit au total 20 documents, qui ont été désignés par des chiffres de 1 à 10 pour les descriptions à partir du Szondi, et par des lettres majuscules de A à J pour les observations cliniques. L'ensemble de ces documents est donné en annexe au mémoire. Les correspondances réelles (bien entendu non connues des personnes effectuant l'appariement) étaient : 1-D ; 2-C ; 3-A ; 4-G ; 5-I ; 6-H ; 7-F ; 8-E ; 9-B ; 10-J.

Les appariements ont été effectués de la manière suivante :

a) le psychiatre ayant rédigé les observations cliniques a été prié d'apparier les 10 portraits fournis par la psychologue avec les 10 malades dont il avait rédigé l'observation ;

b) la spécialiste du Szondi ayant effectué l'analyse aveugle des 10 protocoles a été priée d'attribuer les 10 observations cliniques aux 10 protocoles à sa disposition ;

c) sept juges indépendants, et travaillant isolément, ont reçu chacun les deux séries de documents avec les instructions suivantes :

(1) Nous remercions Mme Moreaux, Mlle Martinet, MM. Aubry, Audouard, Buisson, Galibert et Sadoun, qui nous ont prêté leur concours pour la réalisation des appariements.

« Ci-joint :

1) 10 observations de malades, tous de sexe masculin, numérotées de A à J ;

2) 10 descriptions (ou diagnostics) des mêmes malades, numérotées de 1 à 10, rédigées par un psychologue à partir de leur résultat à un test.

Veuillez apparier de façon aussi exacte que possible les éléments des deux séries, c'est-à-dire faire correspondre à chaque

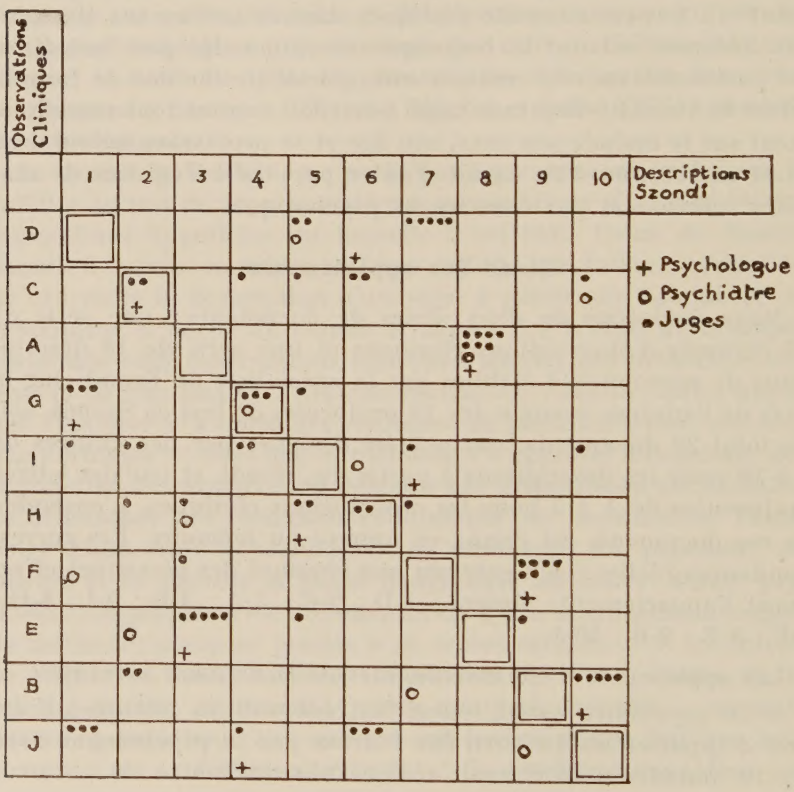


TABLEAU n° 1. — Appariements effectués par le psychiatre, la psychologue et les sept juges entre les observations cliniques et les descriptions établies à partir du protocole du test de Szondi.

observation de la première série la description de la seconde série qui vous semble se rapporter au même malade. »

Il est à noter que les trois groupes d'appariement se déroulent dans des conditions un peu différentes. Le psychiatre a à sa disposition des éléments sur le tableau clinique plus étendus que

ceux dont il a pu faire état dans son observation. La spécialiste du Szondi dispose éventuellement de plus d'éléments obtenus à partir du test que ceux dont elle a fait mention dans son portrait. Par contre, les sept juges n'ont à leur disposition que les documents écrits, ne connaissant ni les malades, ni les protocoles détaillés du test.

Les résultats sont rassemblés dans le tableau 1. Dans ce tableau ont été cernées d'un double cadre les cases correspondant aux appariements corrects.

		Juges							%
		N° 1	N° 2	N° 3	N° 4	N° 5	N° 6	N° 7	Moyenne
Psychiatre...		10	20	40	10	20	30	10	20
Psychologue.		70	50	10	40	40	60	50	46
Juges	N° 1	—	50	10	60	60	40	60	47
	N° 2	50	—	20	50	40	40	50	42
	N° 3	10	20	—	10	20	30	30	20
	N° 4	60	50	10	—	60	50	40	45
	N° 5	60	40	20	60	—	70	40	48
	N° 6	40	40	30	50	70	—	30	43
	N° 7	60	50	30	40	40	30	—	42
									41

Tableau n° 2. — Pourcentage d'accord des juges entre eux. (Le pourcentage d'accord psychiatre-psychologue, non indiqué dans le tableau, est de 10 %).

Le nombre d'appariements corrects (sur 10) obtenus par les différents juges est le suivant :

Psychiatre 1
Spécialiste du Szondi 1
Juge n° 1 0
2 1
3 1
4 0

Juge n° 5	2
6	3
7	0
Moyenne des 7	1,0

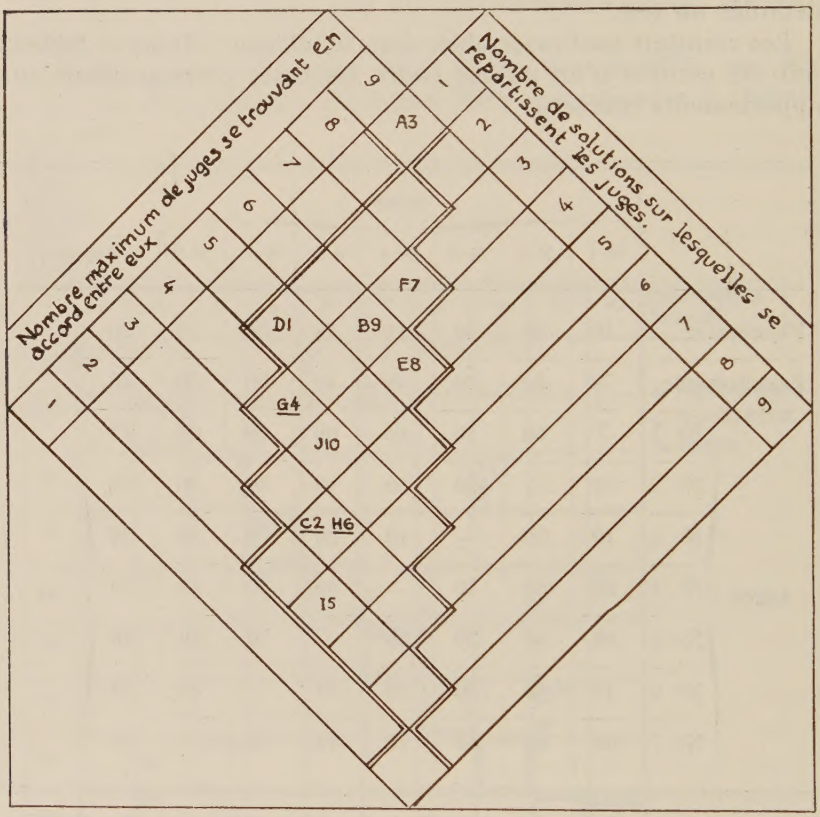


Tableau n° 3. — Constance des appariements. (On a tenu compte du psychiatre, du psychologue et des sept juges, simultanément). Chaque sujet est indiqué par ses deux caractéristiques. La constance des appariements pour un même sujet est d'autant plus grande que : 1) les solutions proposées par les divers juges sont moins nombreuses ; 2) qu'un plus grand nombre de juges est tombé d'accord sur une solution. Cette constance est ici envisagée indépendamment de l'exactitude de l'appariement. Le sujet A3, dont la constance est parfaite, a donné lieu à un appariement faux : A-8.

Dans le cas de la spécialiste du Szondi ou du psychiatre, la probabilité d'obtenir au moins un appariement correct en procédant complètement au hasard est de 63 %.

Dans le cas de l'ensemble des sept juges, la probabilité d'obte-

nir au moins une moyenne de un appariement correct en procédant au hasard est de 55 %.

Ceci signifie que si chacun des sept juges avait procédé absolument au hasard, on avait environ une chance sur deux d'obtenir un résultat identique.

Par conséquent, on peut conclure que le résultat de cette validation par la méthode d'appariement est complètement négatif.

Certains points méritent cependant d'être discutés.

Le premier est celui de la validité du travail des juges. Le tableau n° 2 indique quel pourcentage d'appariements identiques est commun à deux juges. On voit nettement dans ce tableau que les appariements n'ont nullement été faits au hasard, et que, dans un nombre important de cas, les juges ont conclu aux mêmes appariements (ceux-ci étant dans la majorité des cas d'ailleurs inexacts). Entre les sept juges, 41 % des appariements sont en moyenne les mêmes.

La spécialiste du Szondi a un pourcentage d'accord de 46 % avec les juges, soit du même ordre de grandeur. On peut donc en conclure que la psychologue n'a pas eu une situation très différente de celle des juges. Par contre, le psychiatre a un pourcentage d'accord avec les juges nettement plus faible (20 %). Ceci signifie probablement que le psychiatre a procédé différemment, utilisant par conséquent des notions qu'il possédait sur la personnalité des malades, et qu'il n'avait pas mises à la disposition des juges. Ceci n'a d'ailleurs pas amélioré le nombre de ses appariements corrects, mais l'a amené à procéder à des appariements différents de ceux des autres juges.

Le tableau n° 3 souligne un autre aspect du même problème, la constance des appariement suivant les malades. Le malade A-3, par exemple, a donné lieu à des appariements identiques pour les sept juges, la spécialiste du Szondi et le psychiatre, appariements d'ailleurs inexacts (l'observation clinique A a été appariée neuf fois avec le portrait 8). A l'opposé, le malade I-5 a donné lieu à six appariements différents (I a été apparié une fois avec 1, deux fois avec 2, deux fois avec 4, une fois avec 6, deux fois avec 7, une fois avec 10).

Les malades qui ont donné lieu à des appariements corrects occupent une position intermédiaire. Le malade C-2 a fait l'objet de trois appariements corrects, G-4 de quatre, H-6 de deux.

Dans le mémoire suivant, la spécialiste du Szondi conteste la valeur de la précédente expérience d'appariement, en se basant sur les arguments suivants.

1) La méthode d'appariement n'est pas satisfaisante.

2) Les sujets qui ont été retenus n'étaient pas des cas relativement purs, mais au contraire des cas soit à symptomatologie complexe, soit modifiés par des thérapeutiques, soit comportant des lésions organiques cérébrales, tous faits susceptibles de perturber l'expérience.

3) Le test de Szondi révèle de façon profonde et exhaustive la personnalité totale du sujet et, par conséquent, il est difficile de valider ses résultats sur une observation clinique qui repose essentiellement sur le comportement extérieur du malade.

Nous ne discuterons ici ni le premier, ni le dernier argument. La méthode d'appariement a fait l'objet d'un nombre suffisant de travaux pour qu'il ne nous soit pas nécessaire de reprendre les arguments en sa faveur. Le dernier argument est également difficile à discuter, car, dans l'état actuel de nos connaissances, l'observation clinique, sous une forme ou une autre, reste le seul critère utilisable. Il est possible qu'elle se trompe souvent, mais, si on la rejette, aucune validation n'est plus possible. Dire que tel malade dont le comportement est X a en réalité une personnalité profonde Y est peut-être vrai, mais est certainement invérifiable et, par conséquent, ne peut être considéré comme du domaine de la recherche scientifique.

L'argument 2 nous retiendra davantage. Nous reconnaissons bien volontiers que certains de nos malades n'étaient pas des cas « purs » du point de vue de la nosologie. Toutefois, nous ferons remarquer :

a) que le malade pour lequel l'accord a été le meilleur entre la clinique et le test de Szondi a été précisément celui qui présentait le tableau le plus complexe (traits paranoïaques, obsessionnels, schizoïdes, sado-masochisme, altérations de l'électro-encéphalogramme) (malade C-2) ;

b) que lorsque le malade a présenté un aspect clinique parfaitement bien défini et caractéristique, le test de Szondi a abouti à des conclusions absolument erronées ; trois malades sont caractéristiques à cet égard.

Le malade F-7 est un maniaco-dépressif typique, à internements réitérés, soit pour épisodes dépressifs, soit pour épisodes maniaques, avec hérédité homologue. Le diagnostic au test de Szondi est schizoïdie narcissique, perversions sexuelles diverses, tendances paranoïdes, épilepsie latente.

Le malade B-9 est un vieux schizophrène paranoïde, évoluant depuis 15 ans, avec une dissociation absolument caractéristique. Le diagnos-

tic au test de Szondi est psychose circulaire, début de la phase maniaque.

Le malade D-1 présente deux traits qui seraient particulièrement bien décelés par le test de Szondi : épilepsie et homosexualité. En fait, le portrait basé sur le test ne fait aucune allusion à ces deux traits et décrit une structure hystéroïde avec traits hypochondriaques et phases dépressives.

Des hypothèses et des explications essayant de rendre compte de ces contradictions, et soulignant certains écueils, sont discutées dans l'article suivant.

c) que les portraits basés sur le test de Szondi comprennent généralement un nombre élevé de traits pathologiques divers et très différents les uns des autres, et que, dans ces conditions, il est normal de faire correspondre un ou deux de ces traits avec ceux que présente réellement le sujet. Notons d'ailleurs que, dans ces conditions, où l'on abandonne le point de vue holistique, la méthode Q de validation est plus indiquée, et les résultats obtenus antérieurement par Kobler montrent que l'accord entre le test et la clinique demeure très faible.

Conclusions

La méthode d'appariement que nous avons employée a deux limitations. D'une part, en cas de résultat positif, ceci indique simplement qu'il « y a quelque chose dans le test » qui a une valeur pratique, mais ne constitue nullement une justification de l'ensemble de la théorie du test. L'adage que du faux on peut déduire le vrai se vérifie souvent aussi bien en psychologie qu'en médecine.

D'autre part, lorsque, comme dans notre cas, le résultat apparaît complètement négatif, il ne s'ensuit pas que tout dans l'épreuve considérée soit sans valeur. Cela indique seulement que l'épreuve n'a pas une validité suffisante pour permettre de tracer un portrait psychologique que l'on puisse attribuer avec certitude à tel ou tel malade.

Dans le cas du test de Szondi, les travaux antérieurs, et en particulier ceux de Kobler, d'Arnold et Kohlmann, indiquent précisément une validité, validité partielle, portant probablement sur un nombre limité de traits de la personnalité, mais validité insuffisante pour permettre un résultat positif dans une épreuve d'appariement.

Nous pouvons donc conclure que notre étude montre les limites de la validité du test de Szondi. Elle engage à une étude ana-

lytique, dont les deux travaux cités sont un bon exemple, des possibilités de l'épreuve et des points sur lesquels son emploi peut avoir une valeur. Elle montre qu'en aucun cas, on ne peut, à l'heure actuelle, utiliser les résultats, même en se plaçant dans les garanties techniques optima, comme contribution essentielle au diagnostic. Le test de Szondi doit, à notre avis, être considéré comme étant dans son étape expérimentale. Il est indispensable, devant l'échec d'une validation globale, d'en préciser les validités partielles, en utilisant des méthodes analytiques.

ANNEXE

Malade A-3

A. *Observation clinique.* — Paraphrénie sur fond probable de débilité.

Délire de structure paranoïaque et de mécanisme imaginatif. Thèmes de grandeur et d'érotisme : d'intuition prophétique, de sapience, de puissance et même de déité, d'érotomanie.

Début apparent en 1940 : abandon de poste après rêve prophétique, vient au Ministère pour arrêter la guerre. Réformé.

Démarche analogue à la Kommandantur, internement au cours duquel il présente des fixations érotomaniaques successives et prépare son agrégation de médecine.

Délire à tendances métaboliques : philosophico-politico-érotique. Dit aimer « toutes les femmes », se classe dans leur clan contre les hommes.

Graphorrhée, récitations publiques de son histoire modifiée selon son imagination.

Stigmates dégénératifs.

3. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Syndrome maniaque (agité, instable) avec besoin de tendresse très insatisfait, qui pourrait donner lieu à un symptôme sexuel très prononcé (érotomanie, bisexualité ou simplement délire à thème sexuel) ou encore se décharger par des équivalents épileptoïdes, des idées interprétatives.

Mais il pourrait aussi s'agir d'un épileptique dont les profils sont perturbés par l'usage des médicaments.

Malade B-9

B. *Observation clinique.* - Schizophrénie paranoïde ancienne.

Ingénieur électricien ; d'abord instable dans sa profession, devient apragmatique sur ce plan à 30 ans. Marié, vit aux dépens de sa femme ; se consacre à l'autodidactie, aux recherches abstraites, aux inventions impraticables, aux calculs sans issue.

Mobilisé comme officier en 1939, est réformé pour « démence précoce » après altercation avec un subordonné.

Reprend sa vie confinée et improductive. Orgueil, sautes d'humeur, colères impulsives, psychorigidité, comportement paradoxal, inaffectivité croissante et sexualité restreinte. Aggravation des troubles un an avant l'internement : claustration, cachait le produit de ses études et recherches, craignait toute intrusion. Interné après altercation avec l'employé du Gaz.

Dissociation intellectuelle, sans détérioration psychométrique, gros troubles du cours de la pensée, paralogisme et néologismes, diffluence ou incohérence du discours, rationalisme morbide. Réticence sur de vagues idées de persécution.

Faciès immobile, parasitisme mimique, tremblement.

Possibilité d'ébauche d'atrophie frontale.

9. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Psychose circulaire. Début de la phase maniaque ; éventuellement dépression agitée. Prédisposition à la folie morale. Prédisposition au meurtre (Phases projectives).

Malade C-2

C. *Observation clinique.* — Psychose complexe ayant des traits paranoïaques, obsessionnels et schizoïdes avec altérations électro-encéphalographiques importantes.

Mère paranoïaque.

Convulsions jusqu'à l'âge de 4 ans. Colères clastiques depuis l'adolescence.

Angoisses et vertiges, obsessions-impulsions et impulsions, colères, violences et vindicativité. Sentiments extrêmes de culpabilité, d'indignité, actes manqués, macérations. Phantasmes sadiques, réactions masochistes.

Interprétations délirantes — partiellement critiquées — de persécution depuis 1946. Interné en 1948 à la suite d'une réaction coléreuse et agressive à l'égard de persécuteurs supposés. Constatation d'une crise infraclinique à l'électro-encéphalogramme, peu après. Se fait réinterner en 1949 après scène de violence sur son épouse entre les mariages civil et religieux.

Antérieurement, violences sur le père, vol vindicatif au Ministère où il était employé, préparation d'un déraillement.

Attitude guindée, voix mesurée, faciès immobilisé mais conservation du contact et de l'affectivité. Intelligence supérieure mais rigueur paranoïaque. Pratiques dévotes excessives sans mysticisme pour « se discipliner ». Réclusion volontaire. Crises algiques atypiques.

Inactivité des traitements anticomitiaux ordinaires.

2. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Schizophrénie paranoïde avec idées de persécution (peut-être délire

d'être volé ?) avec symptômes dépressifs. La dépression est surtout un symptôme qui accompagne la schizophrénie plutôt qu'un élément de nature circulaire endogène. Une certaine paroxysmalité dans les manifestations ; peut être agressif ; prédisposition au meurtre ; homosexualité latente.

Malade D-1

D. *Observation clinique.* — Perversions sexuelles chez un épileptique.

Homosexualité ancienne et exclusive de toute hétérosexualité. Vit « en ménage » avec un homme plus jeune. Baisse progressive de la puissance sexuelle : tentative de compensation par une activité de voyeurisme et d'exhibitionnisme de vespasienne. Récidiviste invétéré (9 condamnations pour outrages à la pudeur).

Apparition des crises comitiales à 17 ans (1 an après l'homosexualité). Les anomalies sexuelles ne sont ni impulsives ni le fait d'états seconds.

Jeux féminins dans l'enfance. Fixation œdipienne typique. Faiblesse éthique, ruse, dissimulation. Condamné pour vol dans la jeunesse.

Morphogramme féminoïde, pilosité normale, 17-cétostéroïdes au-dessous de 10 milligrammes.

1. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Structure hystéroïde avec tendance à la jalousie ; peut-être avec de la quérulance et des états ou sentiments de dépersonnalisation. Traits hypocondriaques avec parfois des phases dépressives. Pourrait présenter de subites impulsions de fugues ou kleptomanie (possibilités d'escroquerie ?).

Malade E-8

E. *Observation clinique.* — Manie récidivante.

Pas d'antécédents familiaux. Famille très catholique. Accès d'excitation prolongés, rebelles, de fréquence et de durée croissantes depuis l'âge de 21 ans.

Etudes des mathématiques, échec aux grandes écoles, en partie par « timidité ». Plusieurs tentatives d'entrée dans les ordres où la vie est trop « monotone ».

Premier accès de quelques mois débutant par un scandale à l'église.

Deuxième accès (précédé d'une phase dépressive, la seule) après 2 ans nécessitant un internement de 18 mois. Echec des principales thérapies de choc et de la *leucotomie préfrontale* (27-5-50).

Troisième accès moins d'un an après, échec des traitements de choc, mais guérison après 5 mois par électronarcoses.

Accès typiques, surtout coléreux, avec sentiment pathologique d'inspiration divine, thèmes mystiques incohérents. Paroxysmes aigus.

Examen physique négatif.

8. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Eléments mégalomaniaques et sensitifs vécus vraisemblablement sous forme de délire mystique ou paraphrénique. Contacts irréels.

Eléments paroxysmaux épileptoïdes qui peuvent s'exprimer peut-être seulement dans le mysticisme ou des extases ou par certains autres équivalents.

Malade F-7

F. *Observation clinique.* — Psychose maniaco-dépressive.

Tendances homologues chez la mère et le frère aîné. Début des troubles vers 20 ans par dépressions (paraissant réactionnelles) modérées. Par la suite, prédominance des accès hypomaniaques ou maniaques : quatre internements, dont le dernier pour manie coléreuse.

Bon niveau intellectuel. Instabilité professionnelle paraissant secondaire au déséquilibre thymique ; voyages pathologiques. Tendances interprétatives lors des accès qui sont fréquents.

Prédominance de causticité, d'ironie, de réactions coléreuses lors du dernier internement. Difficile réduction des troubles au dernier accès.

Bon état physique.

7. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Schizoïdie narcissique avec tendance à la perversion à la fois sadique, anale et homosexuelle, passive ou pédophilie ou travestisme ? Pourrait lutter contre sa structure avec des symptômes obsessionnels et phobiques ; peut présenter des rites sexuels anals ; tendances paranoïdes.

Possibilités de danger de suicide ; épilepsie latente.

Malade G-4

G. *Observation clinique.* — Délinquance répétée chez un blessé du crâne.

A l'âge de 3 ans, poliomyélite de territoire hémiplégique gauche. Enfant paresseux et désobéissant, rudoyé par son père. Sexualité précoce. Chapardage, emprunts indélicats, infidélité conjugale, mais pas d'acte nettement délictueux jusqu'en 1945 où il devient démineur (recherche de lucre et d'avancement rapide).

Blessé au crâne : perte de substance osseuse et cérébrale frontale droite. Allégation d'épilepsie subséquente jamais constatée lors de l'observation.

Délinquance répétée depuis : coups et blessures, contrebande, recel, grivèlerie, et deux vols d'automobiles conscients, initialement impulsifs.

Abandonne sa femme, se désintéresse de ses enfants, fréquente des milieux sordides, vit d'expédients. Déficit hémiparétique droit. Comportement de pervers cauteleux et inintimidable, séduit une femme pour qu'elle demande sa sortie, tente de s'évader. Electro-encéphalogramme perturbé, mais atypique et symétrique. Dilatation des ventricules latéraux et surtout du IIIe.

4. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Asocial, agressif, voire sadique, instable, agité ; symptômes circulaires. Prédispositions aux tentatives de suicide hystériforme.

Sous-groupe : Perversion sexuelle. Vraisemblablement sadisme. Ce cas pourrait être considéré cliniquement comme une schizomanie.

Malade H-6

H. *Observation clinique.* — Délire d'influence apparu sur une névrose obsessionnelle.

Orphelin de mère en conflit avec un père hypersthénique.

Phobie de la mort dès 12 ans, ereutophobie, à 16 ans alternance de phases psychasthéniques de doute obsédant, de phobies et d'angoisse et d'activité para-délictueuse (marché noir), impuissance sexuelle et tendances homosexuelles.

Premier internement pour réaction coléreuse et clastique au cours d'une narcose où il fut taxé d'homosexualité. Bonne amélioration par psychanalyse et sortie ; apparition d'un délire de persécution par la police (père policier) et d'influence (on le psychanalyse) dès la sortie et sans expérience délirante caractérisée ni anxiété.

Deuxième internement marqué par des oscillations entre la conviction délirante et sa critique avec réapparition de l'obsession d'homosexualité. Etat général médiocre. Electro-encéphalogramme suspect de comitialité.

6. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Les profils de ce test traduisent une grande incohérence qui peut être due à une incapacité de choisir du malade. Ceci se rencontre parfois chez les hébéphrènes.

Nous tentons néanmoins une interprétation d'après les syndromes les plus marquants : psychopathe narcissique avec des tendances infantiles sadiques et masochiques virulentes. Eventuellement exhibitionniste. Peur d'être abandonné ; ressentiments.

Pour lutter contre l'agressivité brutale, il peut utiliser des équivalents hystéro-épileptoïdes.

Pour lutter contre la passivité masochique, il peut employer des mécanismes d'inhibition et de contrainte obsessionnels (anxiété) ou des symptômes schizoformes, paranoïdes variés.

MALADE I-5

1. *Observation clinique.* — Psychose obsessionnelle.

Tendances homologues chez la mère et l'aîné. Début apparent en 1944 pour agoraphobie après une arrestation, mais déséquilibre antérieur. Bouffée confusionnelle après électrochocs. Puis obsession de dépendance confinant au délire d'influence et d'hypocondrie basée sur cénesthopathies cranio-rachidiennes ; tics « pour remettre en place son système nerveux ». Phobie de la mort, de la maladie, de la responsabilité à crainte obsédante de Dieu et du père. Perplexité obsédante malgré toutes les assurances. Tyran familial turbulent, exigeant, colléreux et malpropre. Chantage au suicide et tentatives variées.

Phases dépressives aiguës et impulsives répétées. Vie d'oisiveté, appoint éthylique, réactions agressives, colères, menaces, coups. Vie sexuelle paradoxalement active après une période d'homosexualité passive juvénile.

Echec des traitements de choc et de la psychothérapie. Amélioration transitoire par lobotomie le 12-2-51.

Bon état physique.

5. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Psychopathe (dans le sens de la terminologie allemande) infantile, féminin avec manque d'équilibre fondé sur une homosexualité latente. Structure de personnalité fortement bisexuelle contre laquelle il lutte avec une certaine contrainte. Sado-masochisme.

a) Symptômes de caractère frénétique incontinent (« Sucht ») vraisemblablement dipsomanie, alcoolisme (ou toxicomanie ou kleptomanie ou toute autre manie).

b) Attitude d'opposition autistique paranoïde avec quelques décharges d'affects incontrôlées (explosions de colères et lamentations).

Il est possible que le cas passe cliniquement plutôt pour une : psychopathie hystéroïde, que pour une : psychopathie avec manque de soutien.

MALADE J-10

J. *Observation clinique.* — Déséquilibre psychique avec instabilité perpétuelle.

Pas d'antécédents familiaux.

Fugues dès l'âge de 13 ans. Instabilité extrême, vagabondages, passages de frontières en fraude. Antimilitariste, a contracté plusieurs engagements volontaires. Abandonne femme et enfant sans scrupule.

Phases dépressives à l'origine de l'instabilité, a été interné en état d'excitation hypomaniaque avec mégalomanie. Tenu aussi pour « psychasthénique », se présente en idéaliste passionné, autodidacte et réformateur professant des théories philosophico-politiques assez simplistes.

Internement motivé par des vols itératifs (vingt-six) commis dans le métropolitain et dans les églises (vols impersonnels).

Calme et relativement docile dans le service où il peint des « mandalas » à symbolisme politique.

Tous examens anatomiques et psychologiques négatifs.

10. *Portrait établi par les spécialistes du Szondi.*

Schizophrénie catatonique avec des traits paranoïdes.

BIBLIOGRAPHIE

On trouvera une bibliographie à peu près complète jusqu'en 1950 dans le travail de Kobler (25). Les indications suivantes complètent cette bibliographie.

1. Ancelin (A.-E.), Duchêne (H.) et Schutzenberger (M.). — Recherches critiques sur la théorie et le test de L. Szondi. *Enfance*, 3, 1950, 65-73.
2. Arnold (O. H.) et Kohlmann (Th.). — Kritik und Verwendbarkeit des Szondi-Tests in der klinischen Psychiatrie. *Wien. Zeitschr. f. Nervenheilk. u. d. Grenzgeb.*, 5, 1952, 90-120.
3. Blassing (H. D.) et coll. — An experimental investigation of some incidental features of the Szondi-Test. *Amer. Psychol.*, 5, 1950, 490.
4. Borstelman (L. T.) et Klopfer (W. G.). — Does the Szondi test reflect individuality ? *J. Pers.*, 1951, 19, 421-439.
5. Cahill (R. F.). — The role of intelligence in changes within the Szondi test profiles. *J. clin. Psychol.*, 1951, 7, 379-381.
6. Chiodi (V.), Gilli (R.) et Giuliani (Ch.). — Saggio di appicazione del reattivo di Szondi in casi di tentato suicidio ed in epilettici. *Riv. Psicol.*, 1950, 46, 181-185.
7. Cohen (J.). — The chance distribution of Szondi valences. *J. consult. Psychol.*, 1951, 15, 130-133.
8. Cohen (J.). — A note on Fosberg's « Four experiments with the Szondi test ». *J. consult. Psychol.*, 1951, 15, 511.
9. Cole (D.). — The reliability of a single Szondi profile. *J. clin. Psychol.*, 1951, 7, 383-384.
10. David (H. P.) et Rabinowitz (W.). — The development of a Szondi instability score. *J. consult. Psychol.*, 1951, 15, 334-336.
11. Davidson (W. N.) et coll. — Experimental analysis of the Szondi test. *Amer. Psychol.*, 4, 1949, 388.
12. Dreyer (H. M.). — Experimentelle Triebdiagnostic im Bergbau. I. *Mensch. u. Arbeit*, 1949, 2, 204-205 ; II. *Ibid.*, 1950, 3, 14-15.
13. Engels (H.). — Der Szondi Test als Mittel zur Erfassung der normalen kindlichen Persönlichkeit. *Thèse* de Bonn, 1949.
14. Fosberg (I. A.). — Four experiments with the Szondi test. *J. consult. Psychol.*, 1951, 15, 39-44.
15. Gabel (J.). — Valeur clinique du test de Szondi. *Psyché*, 1951, 6, 738-752.
16. Gabel (J.). — Valeur clinique du test de Szondi. *Psyché*, 1951, 6, 817-830.
17. Gotor (P.). — Las psicosis afectivas y la concepcion de Szondi. *Hispalis Medica*, 1949, n° 59.
18. Guertin (W. H.). — A factor analysis of some Szondi pictures. *J. clin. Psychol.*, 1951, 7, 232-235.

19. Guertin (W. H.). — A comparison of the stimulus value of Szondi pictures and those of normal Americans. *J. clin. Psychol.*, 7, 1951, 163.
20. Guertin (W. H.) et Mc Mahan (H. G.). — A Survey of Szondi Research. *Amer. J. Psychiatr.*, 108, 1951, 180-184.
21. Holt (R. R.). — An approach to the validation of the Szondi Test trough a systematic study of unreliability. *J. proj. Techn.*, 1950, 14, 435-444.
22. Kaldegg (A.). — An account of the Szondi test. *J. ment. Sci.*, 1951, 97, 555-566.
23. Klopfer (W.) et Borstelmann. — The associative valences of the Szondi-pictures. *J. Personal.*, 19, 1950, 172.
24. Kobler (A.-L.). — Recherche expérimentale sur l'emploi du test de Szondi. *Encéphale*, 41, 1952, 234-242.
25. Kobler (A.-L.). — Revue critique des recherches concernant la validité du test de Szondi. *Rev. Psychol. Appl.*, 1951, 1, 279-289.
26. Lubin (A.) et Malloy (M.). — An empirical test of some assumptions underlying the Szondi Test. *J. abnorm. soc. Psychol.*, 1951, 46, 480-484.
27. Mignot (H.) et Gabel (J.). — Contribution à la question de la validité du test de Szondi. *Rev. Psychol. Appl.*, 2, 1952, 39-58.
28. Prelinger (E.). — On the reliability of the Szondi test. *Psychol. Serv. Cent. J.*, 1950, 3, 227-230.
29. Prelinger (E.). — Kleine Studie über die Verlässigkeit des Szonditests. *Wien. Ztschr. Nervenhlk.*, 1950, 3, 299-314.
30. Rabin (A. I.) et Guertin (W. H.). — The Szondi-Test as a forced-choice technique. *Communication présentée à la 23e réunion annuelle de la Midwestern Psychological Association*, Chicago, 1951.
31. Rohracher (H.). — Persönlichkeitstests. *Wien. Arch. Psychol. Psychiatr. Neurol.*, 1, 1951.
32. Sandler (J.) et Lubin (A.). — A note on the reliability of the Szondi test. *Brit. J. Med. Psychol.*, 1951, 24, 141-143.
33. Stern (E.). — Ueber Szondi Test. *Fschr. Neurol.*, 19, 1951, 1.
34. Strotzka (H.). — Communication à la *Oesterr. Ges. f. prakt. Psychologie. Nervenarzt*, 1951.
35. Stumper (E.). — Application pratique du test de Szondi. *Ann. médico-psychol.*, 109, 1951, 1, 280-308.
36. Szollosi (E.), Lamphiear (D. E.) et Best (H. L.). — The stimulus value of the Szondi pictures. *J. consult. Psychol.*, 1951, 15, 419-424.
37. Wallen (R.). — Factors affecting the choice of certain Szondi test pictures. *J. consult. Psychol.*, 1951, 15, 210-215.

DE LA VALIDITE DU TEST DE SZONDI

PAR

Mme R. PRUSCHY-BÉJARANO

Après les conclusions « apparemment désastreuses » de l'article précédent, il incombe aux spécialistes du test de Szondi d'exposer leur point de vue sur les résultats de cette expérience (1).

S'il n'est point nécessaire de prendre la défense du « diagnostic expérimental des pulsions » de Szondi pour les lecteurs ayant eu l'occasion de juger sa valeur dans son application pratique, il apparaît indispensable de mettre en lumière les raisons pour lesquelles la méthode de validation utilisée n'a pas pu donner des résultats satisfaisants.

Aux indices négatifs de validation — dégagés par la méthode rigoureusement statistique de l'appariement — il convient d'ajouter des indices plus vivants, plus nuancés et plus proches de la réalité de chaque cas. Le lecteur pourra juger ainsi, en connaissance de cause, si ses préférences scientifiques s'orientent vers la méthodologie de *validation statistique* ou vers celle de l'expérience concrète, donnant au clinicien non seulement une *validation pratique quotidienne*, mais encore des moyens d'investigation nouveaux.

Tout en ayant émis dès le départ de très fortes réserves sur la méthode de l'appariement appliquée au test de Szondi — réserves que le lecteur saisira aisément en lisant ce qui suit — nous avions accepté, à l'avance, de publier les résultats d'une telle expérience de diagnostic aveugle, à condition de la publier en entier. Nous savions qu'elle permettrait ainsi non seulement de mettre en lumière la valeur, l'intérêt et les possibilités du test, mais encore les enseignements scientifiques qu'elle offre.

(1) Nous sommes très reconnaissante au Dr Stumper, szondien luxembourgeois, de l'intérêt qu'il a témoigné à notre travail et des conseils concernant la nomenclature psychiatrique française qu'il a eu l'extrême obligeance de nous donner.

Persuadée qu'une telle expérience ne pourrait manquer de révéler des données intéressantes aux yeux du clinicien — même si elle devait apparaître comme négative aux yeux du statisticien — nous savions que le problème des méthodes de validation adéquates, c'est-à-dire appropriées à l'objet d'étude, se poserait forcément une fois de plus. Comme on le verra, il se pose en effet dans toute son ampleur.

Nous sommes particulièrement reconnaissante à l'équipe du professeur J. Delay de l'occasion qui nous a été donnée de présenter le test de Szondi dans le cadre d'une application et d'un contrôle scientifiques. Celui-ci nous autorise à présenter un autre mode de validation : la confrontation de nos diagnostics avec les observations cliniques, trouvées dans les dossiers des malades. L'appariement ne s'étant fait qu'à partir d'extraits des dossiers réduits, ceux-ci furent mis à notre entière disposition une fois l'expérience terminée, et ont pu nous servir pour « notre » mode de validation.

Nous désirons d'autant plus rendre hommage à cette loyauté et impartialité scientifiques du groupe du professeur Delay, que nous avons pu ainsi non seulement étayer nos diagnostics, mais encore découvrir certains écueils importants, expliquant dans une large mesure l'échec de notre appariement.

I. — Historique de l'expérience

Lors d'une première application du test de Szondi, dans le service du professeur J. Delay, à des malades testés par nous-même (sans connaissance de leur dossier), les résultats obtenus furent jugés intéressants et dignes d'une nouvelle mise à l'épreuve du test. L'objection suivante fut soulevée : à savoir qu'un tel succès pouvait provenir aussi bien du sens clinique aigu du testeur que de la valeur intrinsèque du test.

Une deuxième expérience fut alors entreprise, dont il est rendu compte dans cet article. Elle comportait deux phases : la première consistait en dix diagnostics aveugles, établis d'après dix protocoles de test recueillis par des psychologues non-spécialistes du Szondi. Estimant que l'établissement de diagnostics aveugles et leur confrontation avec les dossiers des malades ne constituaient pas une expérience décisive — on peut toujours faire correspondre n'importe quoi avec n'importe quoi — l'équipe du professeur Delay nous proposa l'appariement comme la *meilleure* méthode de validation scientifique. Nous avons accepté malgré de multiples réserves, car un refus de notre part eût ris-

qué d'être interprété comme une façon d'échapper à la validation scientifique et un manque de confiance dans le test. Accepter revenait évidemment à nous laisser imposer le choix des armes et des méthodes dont l'exposé précédent a quelque peu souligné les imperfections.

Toutefois, une telle épreuve ne nous paraissait acceptable que si les conditions suivantes étaient réunies. Nous demandions, tout d'abord, que nous soient remis les protocoles de dix cas aussi *francs* que possible et *différents entre eux*. Nous éliminions les malades *organiques*, étant donné qu'ils n'ont pas encore fait l'objet d'études szondiennes systématiques : ils ont même donné lieu à de faux diagnostics. Enfin, nous souhaitions n'avoir affaire qu'à des malades *non traités* ou, au pis aller, non traités depuis longtemps... De plus, pour l'appariement, nous avions demandé que nous fussent communiqués le *diagnostic* du psychiatre, un *extrait très complet de l'histoire du malade et de la maladie*, ainsi qu'une *observation établie dans la période de la passation du test*.

Nous ne pouvons vraiment pas reconnaître que toutes ces exigences aient été satisfaites... Certaines étaient, sans aucun doute, difficiles à réaliser. D'une façon générale, nous avons eu affaire plus à des *sujets* intéressants et bien connus qu'à des *cas* faciles à cataloguer, comme on peut s'en rendre compte en étudiant les extraits des dossiers que nous donnons ci-dessous. Les cas, de plus, n'étaient pas nettement différenciés, puisque l'on peut relever : deux malades maniaques ; deux structures obsessionnelles (l'une comporte un délire d'influence qui la rapproche de la paranoïa) ; une paraphrénie anciennement cataloguée paranoïa ; une psychose à traits paranoïaques, obsessionnels et schizoïdes ; enfin, une schizophrénie paranoïde. La complexité et l'apparentement des cas ne posent pas d'obstacles infranchissables au spécialiste szondien dans l'établissement du diagnostic. Mais nous estimons que des cas aussi parents dans leur structure — souvent différemment valorisée d'ailleurs par les psychiatres — faussent inévitablement l'expérience de l'appariement. D'autre part, le lot des malades testés comportait un organique et deux lobotomisés (observations G, E, et I), ceux-ci étant dans une certaine mesure assimilables à celui-là. De plus, trois malades étaient en traitement lors de l'établissement du test (observations D, F et I) ; deux malades psychotiques étaient considérés comme capables de quitter l'asile (observations B, E). Enfin, un cas, au moins, était principalement médico-légal (cas D) : récidivant à sa sortie de Sainte-Anne, le sujet a d'ailleurs été emprisonné par la suite.

Nous nous devions de relever cet ensemble de difficultés qui

sont à imputer vraisemblablement au fait que l'ensemble des opérations a été mené par plusieurs personnes qui, ignorant le Szondi, n'ont peut-être pas suffisamment saisi pourquoi des malades, même nettement différenciés quant à la phénoménologie de leurs cas, mais non dans leur structure, ne constituaient pas des types modèles pour un diagnostic aveugle avec le test de Szondi, — et encore moins pour un appariement.

II. — Introduction théorique au test de Szondi (1)

Afin que le lecteur non spécialiste du test de Szondi puisse néanmoins saisir nos développements, il est indispensable de lui fournir une courte explication sur ce qu'est le test, sur ce qu'il nous révèle et sur ses méthodes d'interprétation.

Nous sommes tout d'abord obligés de mettre en cause que le test de Szondi « est basé au moins extérieurement sur une notion de préférence esthétique » (cf. article précédent, page 451). Choisir parmi des photos celles qui sont les plus sympathiques et les plus antipathiques constitue un acte qui relève des tropismes irrationnels complexes et non du jugement esthétique... Ces choix de sympathie et d'antipathie sont possibles même lorsqu'on estime que toutes les photos sont inesthétiques. Loin de nous d'exclure la possibilité de choix basés surtout sur des considérations esthétiques. Mais il est évident qu'une telle façon de procéder repose elle-même déjà sur des données pulsionnelles spécifiques et complexes, donnant lieu à une telle attitude de choix ; ceux-ci révéleront alors la structure pulsionnelle de celui qui a choisi (d'après les principes d'esthétique).

La psychologie de Szondi, appelée « analyse de la destinée » (utilisant le test comme une de ses méthodes d'investigation), cherche essentiellement à mettre à jour la structure et la dynamique de la vie pulsionnelle :

1) l'accumulation et l'insatisfaction des besoins qui la constituent ;

2) leurs décharges et satisfactions ;

3) la dialectique constante existant d'une part entre les besoins eux-mêmes et d'autre part entre ceux-ci, le Moi et d'autres facteurs de censure.

La psychologie de Szondi — si elle a dégagé la conception d'un

(1) Nous avons emprunté une grande partie de « l'Introduction théorique au test de Szondi » à une étude écrite par M. U. Moser, docteur ès-lettres (Zurich) qui, très aimablement, a bien voulu la mettre à notre disposition.

inconscient familial — ne s'arrête pas à celui-ci. Ceci d'autant moins qu'on ne peut concevoir l'existence de parois étanches entre les différents inconscients. Par ailleurs, cherchant à analyser la destinée de l'être humain, elle considère celui-ci non pas dans son état d'être morphologique, statique, mais dans son « devenir » dialectique. Elle recherche donc particulièrement la génétique fonctionnelle, la dialectique toujours mouvante et les perspectives pronostiques de son « devenir » dynamique.

Ce point de vue entraîne forcément des conceptions nouvelles en psychopathologie.

a) Le problème nosologique

L'analyse de la destinée de Szondi part du point de vue (en suivant ainsi de façon conséquente les principes de la psychanalyse) qu'une considération essentiellement phénoménologique — aussi différenciée soit-elle — ne peut aboutir en psychopathologie qu'à une psychiatrie de la « conscience » et des « surfaces », en méconnaissant l'essentiel de la maladie, c'est-à-dire sa dynamique et ses processus.

Le diagnostic clinique psychiatrique est le plus souvent *descriptif*. Il s'établit à partir de l'*état actuel*, il saisit le symptôme, le « phénotype » (Lewin).

Les processus psychodynamiques agissant derrière le phénotype d'une maladie ne sont conçus que rarement. Le principe psychodynamique de base de Lewin n'est pas souvent pris en considération en psychopathologie (1).

Or, l'analyse de la destinée tend à approcher la maladie en cheminant « en profondeur » et cherche son point de départ dans la dynamique inconsciente cachée. De longues recherches expérimentales lui ont permis de dégager qu'une maladie mentale relève de troubles spécifiques des pulsions et du Moi. Ainsi, les perturbations et atteintes de la vie mentale (des divers phénomènes de la conscience) et des conduites sociales apparaissent essentiellement comme étant des phénomènes secondaires de la dialectique pulsionnelle.

(1) Un même phénotype peut reposer sur des génotypes différents et un génotype identique peut se manifester dans des phénotypes différents. Par « phénotype » il faut comprendre le mode de manifestation d'une maladie psychique, et par génotype, le dynamisme fondamental du processus pathologique, c'est-à-dire la racine de la maladie. Les deux expressions ne sont pas utilisées par Lewin dans le sens généalogique, ce qui peut donner lieu à des malentendus.

Partant d'une conception étiologique différant de celle de la psychiatrie classique, l'analyse de la destinée détermine un tableau pathologique d'après trois principes fondamentaux que nous ne pouvons exposer ici que de façon très schématique.

1er principe : Dans chaque maladie, on trouve :

1) un danger pulsionnel ;

2) une activité (ou mécanisme) de défense spécifique (de la pulsion du Moi et de la pulsion paroxysmale) ;

3) certains symptômes (« soupapes » diverses).

Donnons pour exemple de ce *1er principe de base szondien* de la pathologie : dans la schizophrénie paranoïde (1) (avec délire de persécution par exemple), l'homosexualité passive constitue le danger pulsionnel ; l'activité de défense la plus essentielle du Moi est la projection, tandis que les soupapes permettent une abréaction représentée par des phénomènes délirants, des hallucinations ou certaines « décharges » des besoins, telles que l'agressivité par exemple.

On constate que les symptômes varient en général bien plus que la dialectique entre le danger pulsionnel et le mécanisme de défense. Mais la pratique montre que seulement de « rares » cas cliniques « purs » peuvent s'expliquer à partir d'un système aussi simplifié.

2e principe : Le plus souvent il existe un *danger pulsionnel plurifactoriel* (c'est-à-dire qui ne relève pas seulement d'*un seul* besoin pulsionnel), ou une *activité de défense plurifactorielle,* ou — ce qui semble être le plus fréquent — un *tableau symptomatique plurifactoriel.* Ce principe exprime donc une *conception plurifactorielle* de la maladie psychique.

3e principe : L'expérience a montré que certains dangers pulsionnels spécifiques vont souvent de pair avec tels modes de défense ou tels symptômes également spécifiques. Il s'agit de véritables accouplements plus ou moins stables — s'étant élaborés au cours des événements psychiques — et qui constituent la base de ce que Szondi a appelé : les différents *modes ou possibilités de destinée.*

Mais, le plus souvent, l'être humain porte en lui plus d'une possibilité de destinée (en rapport avec sa structure héréditaire). La fixation à un seul mode de destinée rigide indique précisément déjà une perturbation de la vie pulsionnelle. En général, les divers

(1) Cf. note p. 479, n° 1.

modes de destinée possibles d'un individu alternent dans le temps et d'après un rythme individuel. En outre, on constate que les modalités se trouvent influencées aussi par le milieu social dans lequel évolue un individu. Ce troisième principe concerne donc les *modes ou possibilités de destinée multiformes.*

Le diagnostic expérimental des pulsions de Szondi s'applique à rendre « visible » le maximum des possibilités de destinée inhérentes à l'individu (ceci grâce à l'établissement d'un nombre élevé de profils et de la nouvelle méthode d'interprétation complémentaire) (1). Il est évident que le test révèle aussi des possibilités de destinée actuellement non « visibles » phénotypiquement, mais qui ont existé dans le passé ou existeront dans l'avenir.

La détermination du mode de destinée *actuellement le plus marqué* (et sur lequel repose le diagnostic psychiatrique formel) exige pour des « types plurifactoriels » une technique d'interprétation des plus subtiles.

Il est, actuellement, toujours difficile d'unifier le système de classification de la psychiatrie classique formelle avec les résultats des recherches de la psychologie profonde. En outre, tout un groupe de dénominations cliniques attendent toujours de trouver une définition conceptuelle définitive (dépression, neurasthénie, psychasthénie, névrose d'angoisse, hypochondrie, certaines formes de criminalité, etc...).

A la suite de longues recherches empiriques, le Dr Szondi a réussi à établir entre autres des syndromes « testologiques » typiques des différentes maladies mentales spécifiques, ainsi que de leurs variantes les plus courantes. Pour des cas psychiatriques « intéressants », mais « atypiques », c'est-à-dire pour des malades à tableaux cliniques plurifactoriels, l'interprétation n'est pas moins révélatrice, mais plus délicate en diagnostic aveugle.

b) Le problème du diagnostic aveugle

Le diagnostic aveugle pose de nombreux problèmes et soulève des difficultés particulières.

1) L'expérience a montré que la plupart des erreurs de diag-

(1) Après l'établissement du Profil de l'Avant-plan de la vie pulsionnelle (dont la technique est exposée dans l'article précédent), on établit un Profil Expérimental Complémentaire ainsi qu'un Profil Expérimental Théorique, afin de dégager des conflits psychiques encore plus profonds. Le lecteur trouvera des exemples partiels dans la confrontation des résultats ci-dessous, respectivement des Profils de l'Avant-plan (P.A.) et des Profils Complémentaires Expérimentaux (P.C.E.).

nostics aveugles proviennent du fait que les manifestations pathologiques passées ou futures ont été trop valorisées par rapport au tableau actuel. Dans ces cas, il s'agit d'*accentuations inopportunes* qui actuellement — malgré la plus grande compétence du spécialiste — ne peuvent pas toujours être évitées. Une telle hiérarchisation inadéquate ne constitue pas forcément un faux diagnostic (du moins en partie seulement).

2) La tâche se trouve compliquée, dans le cas d'un diagnostic aveugle, par le fait que le testeur se demande nécessairement comment le psychiatre aurait pu cataloguer tel ou tel cas, selon que l'investigation clinique lui aura permis de saisir quelquefois les racines profondes de la maladie ou seulement les symptômes les plus visibles. Il faudrait soulever ici le problème de la structure personnelle du psychiatre qui peut l'amener à concevoir à sa manière la nosologie, en valorisant ou en minimisant tel ou tel symptôme.

3) Le diagnostic aveugle se trouve compliqué encore du fait du principe énoncé par Lewin (cf. page 472, note 1). De plus, l'interprétation est d'autant plus difficile qu'un même besoin pulsionnel peut utiliser des modes de manifestation extrêmement variés. Il convient donc de rapprocher les données du test des symptômes caractéristiques de chaque maladie, ce qui exige par conséquent des connaissances nosologiques, étiologiques, psychiatriques et psychanalytiques. Si l'interprétation est déjà délicate pour des maladies typiques à équivalents nombreux, elle exige une extrapolation extrêmement complexe et nuancée pour des cas atypiques.

4) Une autre difficulté non moins sérieuse provient du fait que chaque besoin peut créer des perturbations et chercher des possibilités de manifestation sur des plans vitaux variés, donc aux niveaux divers que sont la « normalité », la névrose, la psychose, la criminalité et la sublimation. Dans les cas atypiques, ces plans s'intriquent souvent chez le même individu qui peut, d'ailleurs, passer fréquemment d'un plan à l'autre (possibilités multiformes).

5) Les modes de pensée fondamentalement différents de la psychiatrie formelle et de l'analyse de la destinée rendent difficile l'entente quant à la terminologie, quoique la dernière publication de Szondi (1) ait montré, expérimentalement, que la classification psychiatrique des phénomènes psychopathologiques qui prévaut actuellement est largement valable — quoiqu'incomplète.

(1) L. Szondi. — *Triebpathologie*, vol. I.

L'énoncé de ces nombreux problèmes permettra au lecteur de mieux apprécier les données révélées par nos diagnostics, ainsi que les concordances et divergences (souvent plus apparentes que réelles) entre le diagnostic szondien et l'observation.

Nous devons ajouter encore que, de l'avis même de tous les spécialistes szondiens cliniciens, l'intérêt majeur du test ne réside pas tellement — comme on le verra — dans la confirmation possible d'un diagnostic psychiatrique, mais au contraire dans la possibilité qu'il donne aux médecins de saisir le trouble profond se cachant derrière la symptomatologie.

c) L'épreuve de l'appariement

Nous ne nous étendrons guère sur les objections de principe que nous pourrions avoir à formuler contre une validation du test de Szondi par l'épreuve de l'appariement.

Nous l'avions acceptée pour les raisons indiquées ci-dessus et, si nous l'avons théoriquement critiquée et mise en doute dès le départ, il convient bien plus maintenant d'en dégager tout ce qu'une telle expérience nous enseigne.

1) La divergence flagrante existant entre les résultats de l'appariement — résultats nuls — et les résultats intéressants, obtenus par une confrontation des diagnostics avec les dossiers des malades, ne parle pas contre la valeur du test de Szondi, mais contre le système de l'appariement dans l'expérience présente.

2) Nous pourrions argumenter que l'expérience a été désastreuse parce qu'elle se trouvait faussée d'emblée (conditions non satisfaisantes), engendrant dès le départ des possibilités d'erreurs : en effet, si les premiers appariements (ou certains) sont faussés (pour des raisons imprévisibles), la probabilité d'assemblages erronés devient de plus en plus grande pour chaque appariement ultérieur.

3) Il nous semble pourtant inutile d'insister parce que, même dans des conditions d'expérience abstraitement idéales, la validation par l'appariement ne paraît pas appropriée au test de Szondi.

Pour qu'une telle épreuve puisse réussir, il serait indispensable que les groupes d'éléments à apparier fussent déterminés de façon tout à fait univoque. Or, pour un ensemble de symptômes psychiques, — comme ceux de notre expérience —, il s'agit constamment d'éléments d'une haute complexité, aussi bien pour les

diagnostics szondiens que pour les histoires des malades. Le problème qui en résulte consiste alors à apparier une multitude de variables avec une autre multitude de variables : c'est là une tâche qui ressemble à un problème mathématique d'équation dans lequel il existe beaucoup plus d'inconnues que d'équations.

4) Il faut souligner le caractère plurifactoriel des histoires de maladie qui rend difficile leur présentation fidèle, complète et concise.

Afin de dégager les principes essentiels d'une telle expérience, nous devons prendre en considération les paroles d'E. Glover : « Jamais deux observateurs ne suivent les mêmes systèmes différentiels de diagnostic. Par conséquent, les observations existantes sont stériles pour toute utilisation exacte (et ceci vaut aussi pour les rapports psychanalytiques) et, — ce qui est plus grave —, ils n'offrent aucune information statistique pouvant être utilisée pour la recherche. » (1).

La validité du test de Szondi ne peut donc pas être démontrée autrement que par une analyse comparative précise et très poussée de chaque cas isolé avec les plus menus détails de chaque histoire de maladie.

Nous tenons à souligner que les dossiers, mis à notre disposition, étaient, dans l'ensemble, des documents parfaits pour l'étude comparative que nous allons entreprendre.

III. — Confrontation des résultats

Le manque de place nous interdit de reproduire à nouveau dans notre article les observations des psychiatres et nos diagnostics résumés ayant servi de base à l'appariement. Nous demandons donc au lecteur de bien vouloir se reporter pour chaque cas à l'annexe de l'article précédent (p. 460).

Pour la même raison, il nous sera impossible de publier *in-extenso,* pour chaque cas, nos « diagnostics différentiels » (2) qui analysaient plus en détail les particularités de chaque cas. Nous n'en reproduirons donc uniquement que ce qui s'avère indispensable pour mieux éclairer notre point de vue, et seulement

(1) E. Glover. — *Forschungsmethoden in der Psychoanalyse.* Referat am 17. Internat. Psychoanalytischen Kongress, Amsterdam, 1951.

(2) Ceux-ci avaient été remis par nous au groupe du Professeur Delay, qui a trouvé préférable de n'utiliser que les diagnostics résumés. Nous tenons les diagnostics différentiels, ainsi que les références de cotation, supprimés également dans notre texte, à la disposition des lecteurs intéressés.

pour les cas où il y a apparemment divergence entre l'observation et nos diagnostics.

De même, nous ne nous étendrons pas sur les points convergents, en nous contentant de les signaler. Par ailleurs, pour étayer nos diagnostics, nous ne présenterons au lecteur que de très courts extraits relevés dans le dossier des malades sans revenir sur les détails confirmant les points convergents ou les observations cliniques résumées.

Dans le cadre d'un diagnostic aveugle, plusieurs degrés de corrélation s'offrent entre le diagnostic du psychiatre clinicien et celui du spécialiste szondien :

a) Identité entre les deux diagnostics. Ceci est surtout le cas pour des malades présentant un syndrome nosologique très typique et pur.

b) Identité quant aux différents symptômes, mais divergence quant au groupe nosologique, dans la mesure où l'étiologie se conçoit à partir du test autrement qu'à partir de l'observation clinique. Il en sera ainsi surtout pour les malades dont un symptôme « criant » masque la structure ou les conflits profonds, ou bien, lorsque leur conduite « visible » n'est autre qu'une abréaction par déplacement d'un conflit profond sous-jacent différent.

c) Une divergence flagrante est possible lorsque les résultats du test, traduisant une situation nouvelle, sont comparés avec une observation du malade établie à une période pendant laquelle il se trouvait dans un état différent. Cette divergence s'évanouit, en général, lorsqu'on dispose de renseignements actuels.

Dans notre travail de confrontation nous ne tenterons nullement de « faire cadrer n'importe quoi avec n'importe quoi ».

Nous chercherons à comprendre et à dégager, selon le cas, les problèmes psychologiques des malades, et ceci précisément à travers les cas divergents, en nous appuyant sur les renseignements trouvés dans les dossiers. Quoiqu'il nous ait fallu faire un choix et nous en tenir aux données essentielles, beaucoup de divergences s'avèrent plus apparentes que réelles.

1. *Diagnostic identique, Hiérarchisation analogue des symptômes*

Observation C

C'est le cas que nous avons identifié dans l'appariement. Il y a accord quant aux traits essentiels du diagnostic général et des symptômes divers :

Diagnostic szondien :	*Observation clinique :*
Schizophrénie paranoïde (1).	Psychose à traits schizoïdes et paranoïaques.
Persécution	Persécution.
Paroxysmalité (2)	Altérations électro-encéphalographiques importantes, colères clastiques, impulsions, violences.
Agressivité	Phantasmes sadiques.

Il y a, d'autre part, accord entre les éléments relevés par notre diagnostic différentiel et certains éléments homologues extraits de l'observation ou du dossier :

Vol. — Notre *diagnostic différentiel* disait : Pourrait voler agressivement, mais pourrait aussi vivre ses désirs de vol dans son délire et les projeter. Cette restriction s'imposait étant donné les tendances à la projection. Mais le sujet les a vécues directement dans le passé (3).

Symptômes dépressifs. — Extrait du dossier : « L'effort vital m'est assez pénible pour la moindre des choses. » Angoisses ; auto-dépréciation ; macération ; culpabilité. La réunion de ces données analytiques ne contredit point ce que nous avons diagnostiqué.

Prédisposition au meurtre. — Dossier : Court après des ennemis qu'il reconnaît dans le but de les tuer... « un jour d'hiver, idée de prendre un tisonnier et de tuer les gens rencontrés ».

Homosexualité latente. — Dossier : Apprend la masturbation d'un jeune domestique à l'âge de 6 ans. Masturbation constante, parfois plusieurs fois par jour. Déclaration : « Pas d'attirance pour les femmes. » A déchiré son livret de famille entre les deux cérémonies de mariage « parce que sa femme voulait qu'ils fissent chambre commune ». A eu ses premiers rapports sexuels à 26 ans, uniquement, dit-il à 29 ans, pour se venger de Dieu, pour humilier la femme et s'humilier lui-même.

Nous n'avons pas parlé des symptômes obsessionnels, contrairement à l'observation. Une analyse après coup nous fait penser que les traits apparaissant cliniquement comme obsessionnels se dégageraient du P.C.E., mais ne paraissent pas relever d'une structure vraiment obsessionnelle. Ils correspondraient plutôt à des phases d' « inflation », pendant lesquelles le malade serait « possédé » par des doutes et des scrupules ambitendants concernant le bien et le mal ($e = \pm$, $p = +$). Ce n'est donc pas le Moi qui est ambivalent comme chez l'obsédé. D'ailleurs ces « obsessions » apparaissent comme secondaires dans la symptomatologie décrite par le certificat du 30 mars 1951 — établi

(1) Sous cette expression, Szondi a groupé le « paranoïaque » de Kræpelin et le « paranoïd » de Bleuler.

(2) Sous ce terme, Szondi groupe toutes les manifestations de nature paroxystiques (hystériques, et surtout épileptiques) et leurs équivalents.

(3) Ceci prouve que le vol existe comme un des « modes de destinée » de ce malade, mais non vécu actuellement. Cet exemple illustre ce que nous avons signalé comme *accentuation inopportune* (p. 475).

à la date la plus proche de notre test — et ne sont mentionnées que sous forme d'obsession-impulsions.

2. *Diagnostics analogues, Symptômes différents*

OBSERVATION G

Diagnostic szondien :	*Observation clinique :*
Asocial agressif, sadique	Délinquance répétée, coups et blessures.
Perversions	Pervers cauteleux et inintimidable.
Instable	Infidélité conjugale (notoire d'après le dossier).
Symptômes circulaires	Emprunts indélicats, recel, grivèlerie, etc. Vie d'expédients, recherche de lucre.

Concernant *la tendance à la perversion,* notre diagnostic différentiel disait : Syndrome du principe de plaisir pervers-polymorphe, avec de nombreuses variantes, notamment asociales.

Szondi, d'après ses recherches, considère les emprunts indélicats, l'escroquerie et autres délits de ce genre comme des équivalents circulaires (cyclothymiques) vécus sur le plan de la délinquance (1).

Nous avons parlé d'une possibilité de *perversion sexuelle.* En dehors de la « sexualité précoce », le dossier ne comporte aucune indication à ce sujet. Nous ne pouvons donc la prouver et pouvons simplement dire qu'elle ne jurerait pas dans le tableau, étant donné les milieux sordides que le sujet fréquente.

Etant donné qu'il s'agit du test d'un malade organique, il est heureux que nous ayons pu néanmoins saisir l'essentiel du cas.

3. *Diagnostics différents, Symptômes analogues*

OBSERVATION A

P. A. P. C. E.

184	Nr.	S h	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m	S h	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m
15.152	I.	+!	+	−	0	−	−!	0	+	+	+	+	±	−	∅	−!	0
17.	II.	+!!	±!	0	0	−	−!	0	+	∅	∅	+	−!	−	+	±	+
22.	III.	+!!	+	+	−	−	−	0	−	∅	∅	+	±	−	+	−!!	+
24.	IV.	+!!	+	+	0	−	−!	0	−	∅	+	+	±	−!	0	−!	+
25.	V.	+!!	+!	0	±	−!!	−	0	0	∅	∅	+!	−	0	+	−!!!	+!
28.	VI.	+!!!	+!	0	0	−	−!	0	−	∅	∅	+!	−	−	+	−!!	+
31.	VII.	+!!!	+	0	−	−	−!	0	0	∅	+	+!	−	−	∅	−!!!	+!
1.2.	VIII.	+!!	+!	+	0	0	−!	−	0	∅	∅	+	±	−!	∅	−!	+!
5.	IX.	+!!	+	+	−	−	−!	0	0	∅	+	+	−	−	∅	−!!	±
7	X.	+!!!	±	−!	0	0	0	0	−!	∅	∅	∅	±	±!	+	−!!	0
Σ 0				4	6	2	1	9	4								
Σ ±			2		1												
T. sp. G./Quantity of tendency tension/T. d. T. degrés		0	2	4	7	2	1	9	4								
Latenzgrösse/Degree of latency Valeur de latence		S = 2		P = 3		Sch = 1		C = 5									

II. Triebformel:
Instinct formule/Formule pulsionnelle

1. Abgekürzte: d_9^0
Abbreviated/Abrégée h_0^+

2. Vollständige/Complete/Complète

Symptomatische Symptomatic/Symptomat.	d_9^0 hy_7^0
Submanifeste	e_4^{+-0} m_4^{-+0}
Sublatente	
Wurzel-Faktoren Rootfactors/Fact. racines	$s_2^{+!}$ $K_2^{-!}$ $p_1^{-!}$ $h_0^{+!}$

III Latenzproportionen
Proportional relations of latencies
Proportions de latence

Cm^- Pe^+ $Sh^{+!!!}$ $Schp^{-!}$
5 4 2 1

(1) L. SZONDI. — *Triebpathologie,* vol. I, p. 91. Ed. H. Huber, Berne.

Diagnostic szondien :	*Observation clinique :*
Erotomanie	Fixation érotomaniaque.
Délire à thème sexuel	Thème d'érotisme.
Idées interprétatives	Délire de structure paranoïaque.

D'après le dossier du malade, qui remonte à 10 ans, son délire, politico-philosophique, devient de plus en plus érotomaniaque. Toutefois, en étudiant les débuts du délire (arrêt de la guerre par « amour » de l'humanité), on y décèle déjà les mêmes éléments sur un plan plus impersonnel.

Nous avons supposé des *équivalents épileptoïdes* que la clinique n'observe pas. Il nous faut citer à ce sujet les recherches de Szondi (1) et certains écrits si instructifs de Dostoïevski (épileptique lui-même), qui montrent que la croyance et l'extase religieuse, donc le commerce avec Dieu, peuvent être considérées souvent comme un véritable équivalent épileptoïde. L'observation souligne les intuitions prophétiques et de déité.

Le *syndrome maniaque* signalé semble en contradiction avec l'observation clinique (2). Dans notre diagnostic différentiel, nous relevions comme élément *divergeant* du syndrome maniforme classique : besoin de tendresse plus intense (h + !!!) que l'agressivité (s + !), et tendance à la projection (p — !) plus grande que la destructivité (k —) (3).

Nous sommes tentés, par ailleurs, d'émettre l'hypothèse suivante : La graphorrhée du malade constitue un équivalent logorrhéique sur le papier. Nous trouvons dans une auto-description d'une malade maniaque (4) : « .....impatiente d'entreprendre, gaieté » et : « graphomanie »..... Le style et le contenu des écrits trouvés dans l'observation ne contredisent pas notre hypothèse et fournissent en même temps des bases aux tendances *bisexuelles* signalées.

(1) L. Szondi. — *Diagnostic expérimental des pulsions*, p. 18 *bis*, tableau n° 2.

(2) Il faut pourtant rappeler ici que Kræpelin distinguait déjà la « paraphrénie expansive, assez proche parente de l'état maniaque... » et que d'après Nodet on peut distinguer également « la paraphrénie expansive ou maniaque qui manifeste une certaine exaltation, l'euphorie, parfois l'ironie et les calembours du syndrome maniaque, mais sans l'agitation ni les désordres de la tenue ». Kammerer souligne, du point de vue étiologico-clinique, que les paraphrénies apparaissent le plus souvent chez des cyclothymes. (Cf. A. Porot : *Manuel alphabétique de psychiatrie*, p. 310-311). Notre diagnostic, « syndrome maniaque », apparaissant comme un *faux diagnostic*, se rapproche grandement de la conception des auteurs cités.

(3) Ceci révèle que le malade se débat contre certains dangers profonds, analogues à ceux du maniaque, mais y réagit par des défenses moins destructives, donc moins classiquement maniaques. Il utilise davantage le mécanisme de défense de la projection (contre son besoin de tendresse bisexuelle), ce qui le fait apparaître cliniquement surtout comme « paranoïaque ».

(4) Cf. L. Szondi. — *Triebpathologie*, vol. I, p. 337.

Extrait du dossier : « .....Si vous n'êtes pas des cochons, des pédérastes et des invertis, vous savez ce qui vous reste à faire. Bien à vous avec fraternité. Si vous êtes des cochons, des pédérastes et des invertis, je le suis plus que vous..... »

OBSERVATION E

P. A. P. C. E.

194		S		P		Sch		C		S		P		Sch		C	
	Nr.	h	s	e	hy	k	p	d	m	h	s	e	hy	k	p	d	m
15.1.52	I.	−	+	0	−	+	+	−	−	+	−	+	±	±	−	0	−
18.	II.	−	−	+	±	+	−	−	0	−	+	−	+	+	±	0	−
22.	III.	−!	+	+	−	+	+	−	−	0	+	−	+	−	±	−	0
24.	IV.	−	±	+	0	0	+	−!	−	−	0	−	+	+!	−	∅	±
25.	V.	−	0	+	0	+	±	−	−	−	±	+	±	±	+	−	−
28.	VI.	−	±	0	−	0	+	−	−	0	∅	+	−	±	−	−	+
31.	VII.	−	+	0	−	±	+	−	+	−	+	+!	−	+	+	0	−
1. 2.	VIII.	−	+	0	−	0	+	−	±	0	0	+	±	−	+	−	0
5.	IX.	−	±	0	−	+	+!	−	±	−	+	±!	±	−	+	−	∅
7.	X.	−	+!	0	−	−	+	−	±	−	+	±	+	−	+	−	0
Σ 0			1	6	2	3			1								
Σ ±			3		1	1	1		3								
T. sp. B./Quantity of tendency tension/T. d. T. degrés		0	4	6	3	4	1	0	4								
Latenzgrösse/Degree of latency Valeur de latence		S =	4	P =	3	Sch =	3	C =	4								

II. Triebformel:
Instinct formula/Formule pulsionnelle

1. Abgekürzte: e_6^0
Abbreviated/Abrégée $h_0^- d_0^-$

2. Vollständige/Complete/Complète

Symptomatische Symptomatic/Symptomat.	e_6^0
Submanifeste	$s_4^{\pm +} K_4^{0+} m_4^{\pm -}$
Sublatente	h_{12}^-
Wurzel-Faktoren Rootfactors/Fact. racines	$p_1^+ h_0^- d_0^-$

III. Latenzproportionen
Proportional relations of latencies
Proportions de latence

$Sh_4^- \; Cd_4^- \; Phy_3^- \; Schp_3^+$

Diagnostic szondien : *Observation clinique :*

Délire mystique ..... Inspiration divine ; thèmes mystiques incohérents.

Eléments paroxysmaux épileptoïdes ..... Paroxysmes aigus, accès coléreux.

Certaines divergences fondamentales quant à l'étiquette de ce malade pourraient peut-être provenir des faits suivants. Il s'agit tout d'abord d'un malade ayant subi de nombreux traitements : cure insulinique, électro-choc, *lobotomie* (peut équivaloir à un cas organique). De plus, le dossier nous apprend au 6 février 1952 : Actuellement en voie d'amélioration. Sortie envisagée. Or le test a été pris du 15 janvier au 7 février 1952.

Divergences : Nous relevons des *éléments mégalomaniaques*. Dossier : Se compare à Salomon. — *Eléments sensitifs* vécus vraisemblablement sous forme de *délire mystique* ou *paraphrénique*. Dossier : Il a une mission d'ordre humain et religieux. S'est pris pour l'Antéchrist, mais aussi pour l'Esprit-Saint et le fils de la Sainte Vierge.

Il semble intéressant de rapprocher ce cas de ceux décrits par Buchholz (1) sous le terme de « paranoïa épileptiforme », qui peuvent se rapprocher de la paraphrénie ou du moins souvent présenter un délire mystique à double orientation. Le facteur « e », comme unique facteur symptomatique du test, soulève aussi le problème de savoir si

(1) L. SZONDI. — *Sckicksalsanalyse*, p. 66, Ed. Benno-Schwabe, Bâle.

les paroxysmes aigus du malade sont de nature maniaque endogène ou au contraire des paroxysmes ayant une toute autre étiologie profonde.

Nous devons penser aussi à des cas décrits par Szondi (1) dont le noyau pathologique est constitué par une exigence mégalomaniaque considérable, à laquelle ils tentent d'échapper en présentant par moment des crises de fureur épileptoïdes (ou hystéroïdes) de nature si forcenée qu'il faut les interner. La vie de notre malade, ainsi que son délire, présentent un mélange si constant d'éléments de grandeur, de religiosité, de paroxysmes aigus débutant à l'église (en plus du désir de voir ses frères et sœurs entrer dans les ordres), que la pathogénie et l'étiologie de ce malade nous apparaissent très différentes de l'étiquette donnée — à condition que les résultats du test ne soient pas trop faussés du fait de la lobotomie.

La constatation suivante amène toutefois à penser que le test enregistre assez fidèlement les changements du malade. Il est curieux d'observer que la phase d'amélioration signalée du malade semble correspondre à l'apparition, dans le test, de la réaction $m = +$. Celle-ci signifie que le sujet se tourne vers des objets réels et tend à transgresser ses *contacts irréels* ou la rupture de contact $= d - m -$. L'apparition des réactions $k = -$ (soulignées par celles du P.C.E.) indique également une tentative d'adaptation à la réalité. Mais l'ensemble du test ne fait pas penser à une guérison totale du malade, qui a effectivement rechuté peu de temps après.

Observation H

Diagnostic szondien :	*Observation clinique :*
Equivalents épileptoïdes	Tracé électro-encéphalographique suspect de comitialité. Réactions coléreuses et clastiques (bégaiement signalé dans le dossier).
Equivalents hystéroïdes	Phobies, angoisses. Erythrophobie.
Mécanismes d'inhibition et de contrainte obsessionnelle ..	Obsession (timidité signalée dans le dossier).
Symptômes schizoformes, « paranoïdes » variés	Apparition d'idées délirantes de persécution et d'influence. Dans le dossier : Parle d'un *mur entre* lui et les femmes ; quand il a été infranchissable le travail allait bien.

Divergences. — Nous indiquions : *Peur d'être abandonné.* Dossier : Le malade a été séparé de sa mère à 13 mois. Perd sa mère à l'âge de 4 ans, Enfant, ne pouvait rester seul chez lui, car devenait alors

(1) *Diagnostic expérimental des pulsions*, p. 287.

anxieux. Par la suite, chaque fois qu'il était seul (père parti, séjour à l'étranger, internat), il y a recrudescence de la phobie qui disparaît lorsqu'il retrouve son père et les siens..... Ce qui semble dominer, c'est son besoin de protection... Redoute la liberté.

Agressivité brutale, tendances sadiques. — Dossier : « ...seules l'action et l'agressivité me soulagent » !... Décide une nuit de ne plus lutter contre ses obsessions. Il se produit alors un vertige, puis il voit au cours d'un cauchemar qu'on ouvrait la tête d'un camarade. « Je voyais son cerveau, ce qui me donnait une impression terrible. » Voir aussi toutes les réactions clastiques.

Passivité masochiste. — Dossier : Inactif pendant de longs mois. « Ma guérison je l'ai sabotée. »

L'investigation psychanalytique a souligné depuis longtemps l'importance des tendances sadiques-anales et homosexuelles passives se camouflant derrière l'obsession. Dans notre diagnostic différentiel, nous avons décrit ainsi la pathogénie de ce malade : « La présence simultanée des syndromes : *a*) peur d'être abandonné, *b*) union dualiste incestueuse sadomasochiste à laquelle il aspire, *c*) ressentiments, peut donner lieu à une tendance aux perversions sadomasochiques et à des troubles sexuels généraux. Mais le sujet n'est pas essentiellement pervers, quoique ces tendances constituent un trait fondamental. Il utilise les mécanismes de défense suivants : équivalents hystéro-épileptoïdes, inhibition et contrainte obsessionnelle, symptômes schizoïdes, paranoïdes. » Ceux-ci sont confirmés par l'observation clinique.

Concernant ses *troubles sexuels,* le dossier contient un récit du malade : « ...Une expérience sexuelle avec une jeune fille qui ressentait pour lui exactement..., c'était pas une femme, *c'était un garçon. Le mur était franchi...* J'avais trouvé la guérison puisque je m'étais rendu compte... c'était une maladie d'une part, exactement, deuxièmement ce n'était pas quelque chose de tout à fait indigne parce que la timidité... c'était parce que j'étais marqué par quelque chose, une maladie honteuse... exactement, il y avait une amélioration, ça allait mieux. » — Concernant les *obsessions de la mort* qui ne le quittent plus : mort de la cousine ; dans la nuit de sa mort... ; obsession abstraite d'avoir des désirs pour elle : « J'avais peur de la folie, le comble de la folie aurait été d'avoir des désirs pour elle qui était au plus mal. » Cette obsession de la mort recouvre très nettement des conflits sexuels.

Son obsession d'homosexualité semble être en rapport très étroit avec la *fixation infantile incestueuse sadomasochiste* au père ainsi que son délire de persécution par la police. Ils s'éclairent singulièrement en remarquant que le père est policier : « ...Je me suis d'abord dit, avant de sortir de l'hôpital, si je mets des policiers dans mon analyse, ça sera effroyable, il n'y aura plus moyen d'en sortir. J'avais eu l'intuition, comme un éclair, que la police avait eu connaissance de mon dossier... C'est fou de penser que mon père a pu être de connivence avec la police... » — Le dossier parle de l'admiration pour son père

et de son agressivité envers la femme de celui-ci (père remarié). La fixation au père paraît évidente au malade. Par ailleurs : « Quand on a des obsessions d'homosexualité, on ne peut paraître devant son père. »

Ces extraits nous montrent clairement comment le malade se trouve toujours obligé d'avoir recours aux mécanismes de défense divers que nous avons relevés afin de se protéger contre les désirs sexuels redoutés. Sa réaction clastique au cours d'une narco-analyse, le confrontant avec son homosexualité, ne doit pas surprendre. Vraisemblablement, *la peur d'être abandonné* est également en rapport avec sa phobie de la mort. Le dossier nous apprend, en effet, qu'après une amélioration sensible, consécutive à une reprise de psychanalyse en asile, le malade rechute précisément alors qu'il était sur le point de sortir. Il lui est impossible de se trouver seul et sans protection en face de ses désirs sexuels devenus conscients.

Observation I

P. A. P. C. E.

194 Nr.	S h	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m	S h	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m
14.3.52 I.	+!	±	0	±	—	—	0	0	0	—	±	0	+	0	±!	±
17. II.	+!	±	±	—	—	—	0	0	0	0	0	+	—	—	±	±
19. III.	+!	—	0	±	—	—	0	+	—	+	—	+	+	—	±	+
20. IV.	+!	—	—	±	—	—	+	0	0	+	±	+	+	—	—	±
24. V.	+!	—	±	0	—	—	0	0	0	—	0	+	+	—	—!	+
3.4. VI.	+!	±	+	±	0	—	0	0	0	0	—	+	—	—	±	+!!
4. VII.	+	—	—	+!	±	—	0	0	—	0	+	0	+	+	—!	±
9. VIII.	+!	+	—	±	—!	—	0	0	—	—	+	+	0	—	±!	+
10. IX.	+!	—	—	+	—	—	0	0	—	—	+	+	0	—	±	+!
12. X.	+!	—	0	±	—	—	0	0	—	—	—	+	0	0	±	+!
Σ 0			3	1	1		9	9								
Σ ±		3	2	6	1											
T. sp. G./Quantity of tendency tension/T. d. T. degrés	0	3	5	7	2	0	9	9								
Latenzgrösse/Degree of latency/Valeur de latence	S= 3		P= 2		Sch= 2		C= 0									

II. Triebformel: Instinct formula/Formule pulsionnelle
1. Abgekürzte: Abbreviated/Abrégée $m_g^0\ d_g^0$
2 Vollständige/Complete/Complète. $h_0^+\ P_0^-$

Symptomatische Symptomatic/Symptomat.	$m_g^0\ d_g^0$
Submanifeste	$h_{\frac{0}{0}}^{\pm}\ e_{\frac{0}{5}}^{0\pm-+}$
Sublatente	$s_g^{-(\pm)}$
Wurzel-Faktoren Roofactors/Fact. racines	$K_2^-\ h_0^+\ P_0^-$

III. Latenzproportionen Proportional relations of latencies Proportions de latence

$Sh^{+}_{3} : Schp^{-}_{2} : P_e^{-}_{2} : C^{\cdot}_{0}$

Diagnostic szondien : *Observation clinique :*

Lutte avec une certaine contrainte (1) ..... Psychose obsessionnelle.

Opposition autistique avec :.. *Psychose* (obsessionnelle), tyran familial.

Décharges d'affects incontrôlés ..... Phases impulsives répétées ; coléreux, turbulent.

(1) Cf. L. Szondi. — *Diagnostic expérimental des pulsions*, p. 317 où est définie la terminologie de Szondi : le mécanisme de défense inconscient de la « contrainte » (Zwang en allemand), apparaît cliniquement comme « obsession » (Zwangsneurose), qui constitue le signe visible du mécanisme de défense spécifique que nous avons appelé « contrainte ».

Infantile, féminin, homosexualité latente	Période d'homosexualité passive juvénile.
Sado-masochisme	Sadisme : réactions agressives. Masochisme : obsessions de dépendance ; tentatives de suicide.
Symptômes frénétiques : alcoolisme	Appoint éthylique.

Pour ce cas, dont l'étiquette « psychose obsessionnelle » montre combien il est peu classique, la confrontation, quoiqu'exacte sur de nombreux points, s'avère pauvre à côté de ce que nous apprend le dossier.

Notre diagnostic « différentiel » analysait le cas de la façon suivante : *Syndrome de la psychopathie* avec *infantilisme* dans les contacts, principe de plaisir avec absence de censure : celle-ci témoigne partiellement d'une attitude *autistique*, partiellement *d'un manque de soutien* (1). *Homosexualité latente* contenue avec une certaine *contrainte ; sado-masochisme.* Symptômes frénétiques, probablement *oraux ;* labilité des affects, éventuellement : dipsomanie ou kleptomanie ou escroquerie. *Attitudes d'opposition autistique paranoïde* (nous pensons que celles-ci étaient visées par l'étiquette « psychose » obsessionnelle ?), avec décharges d'affects incontrôlés : explosion de colère et lamentations.

Concernant ces différents points, le dossier nous apprend : *Infantilisme :* la narco-analyse révèle une grande arriération affective, le malade pleure comme un enfant. *Homosexualité latente* contenue avec des mécanismes de contrainte : pendant son service militaire, le malade avait contracté une liaison homosexuelle et, durant cette période, les troubles auraient disparu complètement, pour recommencer après le service et l'interruption des rapports homosexuels. De plus, le malade dit que son déséquilibre et la terreur de la mort datent depuis la mort de son frère. Ces données nous révèlent nettement ce qui se cache derrière sa phobie de la mort, puisque celle-ci a disparu pendant qu'il pratiquait l'homosexualité. Nous avions attribué comme racine de la maladie l'homosexualité latente.

(1) *Le manque de soutien* (d'après Szondi) possède un aspect triple : l'individu ayant perdu l'objet d'aimance qui lui servait de soutien, il perd également les notions de valeur éthiques et morales pouvant lui servir de soutien intérieur et il se conduit dans la vie comme quelqu'un qui cherche à tout saisir, mais à qui rien ne peut servir de soutien réel. D'où recherche frénétique et infantile de plaisirs dont les plus classiques sont : toxicomanie, éthylisme ou dipsomanie (selon qu'un élément paroxystique s'y ajoute ou non ; le langage argotique dit avec beaucoup de justesse : biberonner), nymphomanie, « don-juanisme », certaines boulimies, etc... Cette recherche frénétique et incontinente peut être vécue sur les plans les plus différents et dans le cadre des manifestations diverses de tous les besoins pulsionnels.

Sadisme : agressivité, quérulance : « a violemment frappé un homme qui voulait l'empêcher d'importuner une femme avec ses assiduités ». Menaces de mort contre le médecin.

Masochisme : retour de l'agressivité contre lui-même. Tentatives de suicide répétées. Dépendance. *Sado-masochisme :* on relève une nette ambivalence dans ses rapports avec le docteur. D'une part, une grande dépendance affective ; d'autre part, une grande agressivité. L'agressivité domine quand il parle du docteur, et la dépendance s'objective quand il peut lui parler.

Labilité des affects, décharges d'affects incontrôlés, lamentations : passe des journées à pleurer, à pousser des cris, à simuler des suicides. *Attitudes d'opposition autistique paranoïde* avec *décharges de colère :* dans le service, est agité, quérulant, agressif, ne veut pas se mêler aux autres malades... Il y a un manque d'intérêt certain (pour autrui).

Quant aux *symptômes frénétiques* (1), ils soulèvent un problème difficile à trancher. Il s'agit, d'une part, d'un malade lobotomisé, et les constantes réactions du vecteur C = 00 pourraient simplement traduire l'effet de la lobotomie : retour à des conduites inférieures, infantiles, ce qui peut être, chez un obsédé, l'effet même de la lobotomie. De plus, ce malade a subi un traitement de radiothérapie un mois avant l'application du test.

Nous nous devons cependant de faire un rapprochement, à titre hypothétique, entre la conduite du sujet et cette tendance aux actes *frénétiques,* dont notre diagnostic a tenté de localiser le terrain de manifestation. Dossier : Après avoir été séparé, du fait de la guerre, de ses meilleurs amis, « essaie de faire la bringue avec des femmes et de l'alcool pendant un an. Oisiveté totale. Ethylisme récent. Joue aux courses ». Ce sont bien là des conduites frénétiques.

De même, ses crises de larmes et ses tentatives de suicide portent un caractère frénétique, incontinent : se donne une trentaine de coups de lame sur le poignet et « voulait voir combien il en fallait ». Ses tentatives de suicide multiples, le fait qu'il en parle constamment (incontinence orale), et le rapport étroit semblant exister entre la phobie de la mort, l'homosexualité vécue, la mort de son frère, l'abandon et la recherche de plaisir consécutive, permettent de nombreuses suppositions sur la pathogénie de ce malade. Les paroles suivantes trahissent quelque peu le plaisir que le sujet pouvait ressentir dans sa maladie : ...« Je me complaisais dans mon spleen, avec un senti-

(1) Y entrent tous les symptômes ayant à la base un fort sentiment d'abandon qui se trouve compensé par une recherche *incontinente* et infantile de plaisir (Sucht en allemand), que le sujet peut se procurer seul. Les moyens servant à donner le plaisir sont variables, ce sont des « Ersatz » ; mais l'individu finit en général par se démolir ainsi, parce que le substitut de plaisir remplace une personne introjectée n'ayant pas « accepté » le sujet et l'ayant abandonné.

ment de supériorité extraordinaire... Je planais au-dessus des contingences. » Il explique ainsi ce qu'il ressentait lorsqu'il allait seul dans les bois jusqu'à la nuit *et pleurait*. Nous ajouterons volontiers : avec frénésie et incontinence...

4. *Diagnostics différents. Symptômes différents*

OBSERVATION J

P. A. P. C. E.

194 Nr.		S k	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m	S b	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m
23. 4. 52	I.	+	+!!	+	−	−!	−	o	o	+	ø	+	±	+	o	±	−
24.	II.	+	+!!	+	−	−	o	−	±	+!	ø	+	±	−	±	−!	o
26.	III.	+	+	+	−	−	o	−	±	+	+	±	−	+	−!	−	ø
29.	IV.	+	+!	+	−	−	o	−	−	+	ø	ø	−	+	±	−!	+
2. 5.	V.	+	+!	+	−	−	o	−	−	+	ø	ø	−	−	±	−	+
3.	VI.	+	+!	+	−	−	o	−	−	+	ø	+	o	+	±	−	o
6.	VII.	+	+!	+	−	−	o	−	−	+	ø	+	−	+	−!	−	o
3.	VIII.	+	+!	+	−	−	+	−	−	+!	ø	+	−	+	−!	−	o
8.	IX.	+	+!	o	−	−	o	−	±	+	ø	+	−	−	±	±	ø
10.	X.	+	+!	+	−	−	o	−	±	+	ø	−	±	−	±	±	ø
Σ o				1			8	1	1								
Σ ±									4								
T. sp. G./Quantity of tendency tension/T. d. T. degrée		0	0	1	0	0	8	1	5								
Latenzgrösse/Degree of latency/Valeur de latence		S = 0		P = 1		Sch = 8		C = 4									

II. Triebformel: Instinct formula/Formule pulsionnelle

1. Abgekürzte: Abbreviated/Abrégée P_8

2. Vollständige/Complete/Complète $t_{\frac{+}{o}}^{-}\, k_{o}^{-}\, k_{o}^{+}\, s_{o}^{+}$

Symptomatische / Symptomatic/Symptomat. P_8^{o}

Submanifeste $m_{s}^{\pm(-)}$

Sublatente $d_{i}^{-}\, e_{i}^{+}$

Wurzel-Faktoren / Root factors/Fact. racines $t_{\frac{+}{o}}^{-}\, k_{o}^{-}\, k_{o}^{+}\, s_{o}^{+}$

III. Latenzproportionen / Proportional relations of latencies / Proportions de latence

$\frac{Sch^{k-}}{8}\ \frac{Cd^{-}}{4}\ \frac{Phy^{-}}{1}\ \frac{S}{0}$

A première vue, il ne semble exister aucun rapport entre « *le déséquilibre psychique avec instabilité perpétuelle* » et notre *schizophrénie catatonique*, avec traits *paranoïdes*. Notre diagnostic différentiel atténuait quelque peu cette étiquette catégorique en précisant : « Syndrome de la catatonie, avec rupture de contact et agressivité accrue. Mais la rupture de contact ne paraît pas très *démonstrative*, étant donné l'absence de la réaction *e — hy o*. »

Il aurait certainement été plus prudent de parler d'un malade *schizo*ÏDE, *catato*nOÏDE (1). Nous avons négligé une telle prudence, croyant que nos cas représentaient des malades psychiatriques bien typiques et que notre schizophrène *catatonique*, étant donné son attitude peu démonstrative, devait par conséquent se trouver dans une phase « abordable », de transition, présentant des traits passagers plus paranoïdes.

Une discussion amicale avec le psychiatre ayant établi les résumés d'observation, nous permet de mieux situer cette divergence de diag-

(1) Nous ne cherchons pas ici à jouer sur les mots et désirons simplement indiquer qu'il peut être difficile de distinguer avec le test de Szondi (tout comme avec le Rorschach) entre la schizophrénie catatonique et la schizoïdie catato*noïde* (ce terme est employé par Szondi), c'est-à-dire qui présente des traits qui rappellent, en modérés, l'attitude catatonique rigide.

nostic apparemment si flagrante, et d'en tirer un enseignement et des conclusions qui éclairent à la fois le diagnostic clinique et le diagnostic szondien.

Le psychiatre nous fit remarquer que la clinique française préférait parler dans un tel cas plutôt d'un « déséquilibré » alors que le même malade aurait pu être catalogué à l'étranger par d'autres cliniciens comme schizophrènes. Les troubles du contact schizoïde signalés dans le dossier (cf. ci-dessous) gardent pour lui un caractère plutôt psychasthénique. Il nous apprit par ailleurs que les productions picturales actuelles du malade témoignent incontestablement d'une composante paranoïde.

Si nous avons conclu à une schizophrénie catatonique, c'est que le test nous montre, à côté d'autres indices, une rupture de contact prononcée (C : — —), quoique peu spectaculaire. Les extraits du dossier confirment ce barrage de contact : depuis son arrivée dans le service, en contraste avec la première impression, c'est un malade taciturne, au regard triste ; il reste solitaire, travaille sans beaucoup de goût. Il est souvent allongé sur son lit. L'observation conclut : grand déséquilibré, avec fortes tendances paranoïaques ; une note hypomaniaque s'y ajoute. En contraste, on doit relever un état schizoïde dont témoigne ce besoin d'isolement, de solitude, son comportement dans le monde (enquête sociale). Il proclame lui-même sa sensation de dépersonnalisation, de manque de contact avec les êtres et la réalité, son inadaptabilité : refus de sa situation, refus de la société.

Tout le long du dossier, nous trouvons des descriptions illustrant son attitude d'isolement et de rupture de contact, etc... ; « la solitude me réussit si bien, je rêvais de vivre seul en pleine montagne ». ...Dit avoir voulu se procurer l'argent de ses vols pour fuir la société. Reconnaît n'avoir jamais senti qu'il existait, avoir toujours éprouvé un manque de contact avec le monde extérieur, besoin d'isolement et de solitude... N'a jamais pu s'adapter à personne. Il y a deux hommes en lui, l'homme ordinaire et le penseur supérieur. « Ces deux hommes sont handicapés parce qu'ils ne sentent pas les êtres et les choses. » S'intéresse presqu'uniquement à lui-même. Dans *les glaces, il ne voit pas son visage comme le sien,* etc...

Nous lisons par ailleurs : il est difficile de mettre en évidence des accès *cyclothymiques,* que nous-mêmes n'avons pas signalés.

Tendances paranoïdes. — Dossier : tendances mégalomaniaques avouées ; il est le plus grand poète, un des plus grands philosophes.

Nous examinons d'autant plus volontiers les divergences de diagnostic, qu'à la lumière des recherches szondiennes le test confirme le dignostic clinique tout en expliquant le diagnostic szondien. Ce cas illustre particulièrement bien le principe des symptômes multiformes pouvant servir à l'individu pour échapper à un danger pulsionnel restant identique : les symptômes se situent sur des plans différents.

Notre malade présente un danger pulsionnel marqué dans le vecteur Sch et appartient à la classe Schk. Szondi indique que l'insatisfaction profonde de ce besoin se rencontre à la base de la schizoïdie, de la catatonie, de la neurasthénie asthénique, apathique (qui est proche de la psychasthénie signalée dans l'observation), et se rencontre sur le plan de la criminalité chez les vagabonds, les réfractaires au travail et les voleurs par effraction (1).

Cette énumération met en lumière que les deux diagnostics, apparemment si divergents, saisissent en réalité l'essentiel de la structure pathologique du malade, mais se révélant sur des plans différents, et à laquelle s'ajoutent de plus quelques symptômes secondaires.

Nous discutons d'autant plus volontiers notre propre diagnostic que le psychiatre a bien voulu nous dire que d'autres cliniciens auraient pu considérer le malade comme schizophrène. Pour ce cas, le Szondi éclaire bien le conflit de l' « étiquette » pour des malades atypiques, oscillant entre différents plans de manifestation : à notre avis, ce malade possède néanmoins en lui une « possibilité de destinée catatonique », qu'il pourra vivre ou non un jour, selon son évolution. Pour devenir catatonique, il faudra qu'il se « décide » vraiment à vivre ses conflits sur un plan nettement et uniquement psychotique.

Nous devons avouer n'avoir nullement pensé à interpréter ces profils sur le plan de la délinquance sinon nous aurions *dû* penser au vol signalé. Les classes Schk — et C_d sont caractéristiques des voleurs, lorsque l'individu vit ses conflits sur le plan criminel. Le fait a été particulièrement souligné par les dernières recherches publiées récemment par un juge d'instruction zurichois, concernant la « structure pulsionnelle et la criminalité » (2).

Nous ne pouvons développer ici en détail le lien structurel existant entre la schizoïdie et le vol. Il se rapporte à la fonction d'introspection du Moi : dans les deux catégories, on trouve une prédominance des mouvements centripètes du Moi, qu'il s'agisse d'un retrait de la libido ou de l'appropriation des objets. M. Walder (3) dit en substance : « Les voleurs sont en grande majorité des schizothymes, des schizoïdes ou même des schizophrènes. Ils appartiennent le plus souvent aux classes pulsionnelles Schk —, C d + ou C d —. C'est le cas de notre malade.

Observation D

La comparaison de notre diagnostic avec l'observation n'offre guère de points communs. Nous voudrions pourtant utiliser ce cas pour montrer exactement la démarche de notre analyse, nos tâtonnements

(1) L. Szondi. — *Triebdiagnostik*, p. 16 *bis*.
(2) M. Walder. — *Triebstruktur und Kriminalität*. Ed. H. Huber.
(3) *Op. cit.*, p. 60.

P. A. P. C. E.

194	Nr.	S h	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m	S h	S s	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m
27.4.51	I.	+	0	+	±	−	±	−	+	−	+	+	−	+	0	−	−
28	II.	+	0	0	−	−!	−	−	+!	0	±	±	+	−	+	+	−
4.5.	III.	0	+	+	±	−!	±	−	+	±	±	−	0	−	0	+	+
5.	IV.	+	+	0	±	−	±	−	±	+	−	±	Ø	−	0	−	+
8.	V.	+	+	0	±	−!	±	−	+	±	+	±	Ø	0	0	−	+
12.	VI.	+	0	+	−	−	±	−	+	+	±	−	+	+	−	−	0
19.	VII.	+	0	+	−	−	±	−	+	−	±	−	0	+	0	+	±
22.	VIII.	+	+	+	−	−	±	−	0	+	±	−	0	±	−	0	+
25.	IX.	+	0	+	−	−	±	−	+	+	+	−	0	±	−	0	±
26	X.	+	0	+	−	−	±	−	+	−	±	−	+	±	0	−	+
Σ 0		1	6	3					1								
Σ ±					4		9		1								
T. sp. 6./Quantity of tendency tension/T. d. T. degrés		1	6	3	4	0	9	0	2								
Latenzgrösse, Degree of latency Valeur de latence		S = 5		P = 1		Sch = 9		C = 2									

II. Triebformel:
Instinct formula/Formule pulsionnelle

1. Abgekürzte: $P_9^{\pm}$
Abbreviated/Abrégée d_0^- K_0^-

2. Vollständige/Complete/Complète.

Symptomatische Symptomatic/Symptomat.	$P_9^{\pm}$ s_6^0
Submanifeste	$hy_{34}^{\pm}$ e_3^{0+}
Sublatente	m_2^+
Wurzel-Faktoren Reactiveur/Fact. racines	h_1^+ d_0^- k_0^-

III. Latenzproportionen
Proportional relations of latencies
Proportions de latence

$\frac{Sch^{+}}{9}$: $\frac{SK^{+}}{5}$: $\frac{Cd^{-}}{2}$: $\frac{Pe^{+}}{1}$

successifs et les conclusions que l'on semble pouvoir retenir une fois qu'on a pris connaissance du cas.

Notre diagnostic différentiel disait : le danger pulsionnel semble fondé sur un attachement œdipien non résolu (cf. observation : fixation œdipienne typique) qui s'accompagne d'un désir de tendresse (bisexuelle) accru et insatisfait. Le Moi se défend contre ces dangers par le mécanisme de l' « aliénation » (1), qui peut conduire à des tableaux cliniques variés : *a*) épilepsie ; *b*) perversion sadique ; *c*) psychose où domine la dépersonnalisation ; *d*) criminalité ; *e*) délire de jalousie ; *f*) hystérie ; *g*) hypocondrie.

Notre travail consistait donc à rechercher ce qui, en dehors du mécanisme d'*aliénation* du Moi (que l'on peut rencontrer dans toutes ces affections, à certains moments du moins), militait plutôt pour ou contre l'un ou l'autre de ces symptômes. Nous faisions des restrictions sur l'*épilepsie* en disant : « S'il existe des crises, ce qui est peu vraisemblable, celles-ci ne sont pas de nature épileptique mais alors plutôt *hystéro-épileptique.* » Nous éliminions totalement la *perversion sadique.* Nous retenions une possibilité de *dépersonnalisation.* mais non sous une forme *psychotique,* étant donné l'absence de tout indice de psychose. Nous retenions également une attitude *criminelle, asociale, agressive* (quérulance), une possibilité d'*impulsions,* de *fugue* ou de *vol,* de la *jalousie,* une *hystérie non caractéristique,* des *tendances hypocondriaques* et des phases dépressives.

Ayant pris connaissance du cas, nous pourrions dire que nous avons approché la réalité sans savoir la saisir, en valorisant finalement dans notre diagnostic synthétique certains éléments nous paraissant plus probants que d'autres. Il s'agit, en réalité, d'un *exhibitionniste.* Or, nous trouvons dans l'étude de M. Walder (2) (étude non

(1) Cela signifie que le Moi *aliène* des désirs pulsionnels, ressentis comme dangereux, et refuse l'ancien Moi qui a pu se les incorporer.

(2) *Op. cit.,* p. 56.

encore publiée lorsque nous établissions nos diagnostics) que le Moi de l' « aliénation » se rencontre fréquemment aussi chez les *exhibitionnistes,* et notamment chez ceux qui présentent des traits hypocondriaques. Pourtant, malgré notre satisfaction *a posteriori,* nous n'aurions pas forcément retenu ce sydrome, qui ne se dégage pas du test plus que de nombreux autres.

Comme l'indique l'observation, en effet, il s'agit d'un homosexuel presque impuissant, qui se livre à l'exhibitionnisme et au voyeurisme. Après neuf condamnations, il a abouti une première fois dans un asile. Le dossier nous apprend : régulièrement traité, son comportement est *sans défaillance* dans le service, ce qui veut dire que le sujet ne s'est jamais livré à sa perversion. Nous ne pouvons savoir si le traitement subi par le malade pendant la passation du test (hydantoïne et amphétamine) constitue la cause essentielle de notre difficulté à dégager de façon nette les syndromes de l'épilepsie et de l'homosexualité (que nous n'avons touchée que de loin en parlant d'un désir de tendresse (bisexuelle) insatisfait et aliéné).

D'autres raisons ont pu intervenir, qui sont en partie d'ordre technique. Lorsqu'un malade présente des syndromes cliniques très variés, il arrive que les syndromes « testologiques » s'interfèrent et rendent le diagnostic difficile. Exemple : un homosexuel passif comme notre sujet présente dans le test une réaction d'inversion du but sexuel (S : + —) avec masochisme, alors que la réaction de l'épileptique indique de l'agressivité (S : + + !). Selon que l'une ou l'autre de ces tendances dominera (parfois en rapport avec le vécu actuel), les deux syndromes peuvent se trouver altérés. De plus, la présence du Moi qui aliène ses désirs connus signifie au fond dans ce cas que l'individu « brouille les cartes ».

Etant donné la conduite sans défaillance du sujet, nous sommes amenés à penser que le moi de l'aliénation et le syndrome de la dépersonnalisation prennent ici tout leur sens. Pour « tenir le coup », le sujet aliène en effet toute sa personnalité habituelle (« dépersonnalisation » dans son sens le plus littéral, tel que le définit d'ailleurs Szondi) (1). Parallèlement, la libido est retirée des objets extérieurs et investie narcissiquement, ce qui donne lieu à de l'hypocondrie.

Le dossier ne comporte pas beaucoup de renseignements à ce sujet. On relève en faveur de l'*aliénation de la personnalité habituelle :* lors du premier interrogatoire, il dit mal tolérer la compagnie des hommes *hétéro-sexuels.* Lors du deuxième interrogatoire et ultérieurement, il dit que ce sont au contraire les hommes *homosexuels* qui lui sont insupportables. *Traits hypocondriaques :* invoque sa virilité en baisse, qui a créé chez lui un apragmatisme sexuel le chagrinant beaucoup. Son ami dit de lui : n'a jamais eu une sexualité forte ; érections peu

(1) L. Szondi. — *Triebpathologie.* vol. I, p. 326-27 : Dépersonnalisation = perte de la « personna ».

brillantes. Il en résulte pour lui une insatisfaction plus mentale que physique (1).

Etant donné la « conduite sans défaillance » du sujet, il ne nous paraît donc pas tellement osé d'avancer que le test traduit précisément ce qui se passait dans le sujet pendant son internement. On pourrait en somme parler de mécanismes de défense « carcéraux », et nous avons pu constater des phénomènes analogues chez des délinquants sexuels enfermés à Fresnes ou en liberté surveillée.

Il nous faut encore étudier la divergence concernant la *structure hystériforme* que nous avons relevée chez un sujet considéré essentiellement comme épileptique et exhibitionniste. Concernant son épilepsie, le dossier nous apprend : le malade n'avait plus de crises épileptiques depuis 1940, mais des équivalents « *atypiques* ». Autrefois, ses crises étaient mensuelles et étrangement précises : le lundi matin à 10 heures. Interné en 1951, il présente le troisième jour après son arrivée une crise d'épilepsie et l'électro-encéphalogramme établi une heure plus tard montre un tracé perturbé.

La réapparition d'une crise d'épilepsie au moment précis où le sujet, de par son internement, ne peut plus se livrer à aucun acte d'exhibitionnisme ni de voyeurisme, ne nous apparaît nullement comme une simple coïncidence. Les recherches sur les exhibitionnistes faites par M. Walder (2) indiquent en effet une parenté indéniable entre les voies de décharge des exhibitionnistes et des épileptiques. Elles soulignent également l'importance de la racine hystériforme de l'exhibitionnisme (et du voyeurisme). Voici ce que dit M. Walder (nous traduisons librement) : « L'exhibitionniste appartient à la classe P h y, ce qui signifie que le besoin de s'exhiber est insatisfait (ce n'est pas le cas de notre malade, mais il est dans des conditions particulières ; il est interné et traité). Le plus souvent, il doit le refouler (mais pas toujours). Refouler le besoin *de se montrer* signifie : avoir honte, se cacher. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, les exhibitionnistes sont souvent pudiques, prudes... Mais même lorsque ce besoin est accepté, il reste insatisfait, exige sa satisfaction et ne peut pas facilement être vécu de façon native ou seulement *incomplètement*. C'est pourquoi il se décharge le plus souvent par une « voie de secours » qui est la soupape du facteur « e ». Ceci signifie que le besoin insatisfait de se montrer emprunte, par déplacement, les voies de décharge d'un autre besoin, qui est celui de la décharge paroxysmale des affects brutaux, masculins accumulés (e). (C'est la voie de décharge caractéristique de l'épilepsie et de ses équivalents).

Mais l'énergie qui se décharge ainsi ne peut pas nier son origine,

(1) Mais du point de vue sémiologique, la présence du syndrome « testologique » de l'hypochondrie chez un épileptique et un impuissant ne doit pas surprendre.

(2) *Op. cit.*, p. 54.

qui est double ; elle provient : 1° du besoin de se montrer (*hy*) et 2° de la sexualité accumulée ou invertie ; c'est la sexualité qui se trouve exhibée et déchargée *ad oculos*. Ils désirent ainsi effrayer et surprendre les autres... On a depuis toujours vu une certaine analogie entre de telles décharges d'affects et les crises épileptiques ou hystériques.

Puisque le point de départ de cette perversion (exhibitionnisme et voyeurisme) se situe d'après les recherches expérimentales de M. Walder dans le domaine du besoin *hy*, on peut penser que notre diagnostic : *structure hystériforme*, était certes incomplet, mais non tout à fait erroné.

Tout nous porte à penser qu'il existe un lien organique entre l'exhibitionnisme et les crises d'épilepsie, se caractérisant dans le test par des mécanismes de décharge analogues : chez notre malade, elles peuvent servir à abréagir une agressivité accrue par le fait de son internement. La pathogénie de l'épilepsie affective décrite par Freud (1) permet ce rapprochement.

Concernant enfin les possibilités de *quérulance* du malade, on ne signale pas d'altercation. Néanmoins, il cherche à avoir maille à partir avec la police et la justice ; il fut chaque fois arrêté, parce qu'il « refusait de montrer » ses papiers (c'est une partie de sa personnalité qu'il refuse d'exhiber...), sous prétexte que de faux policiers pourraient le faire « chanter »... Sans cette attitude de refus répétée, dans une certaine mesure agressive et asociale, il aurait pu s'éviter certaines condamnations.

Ajoutons, pour conclure, que ce malade, après avoir quitté l'asile, a « retrouvé sa personnalité antérieure ». Il a récidivé et se trouve actuellement en prison. Il aurait été intéressant de savoir s'il a présenté encore des crises d'épilepsie ou d'autres équivalents (dans le service il avait aussi des vertiges, etc.) ou si la reprise de son exhibitionnisme-voyeurisme les a fait disparaître.

Observation F

Seul le dossier peut nous éclairer sur notre faux diagnostic... ! Nous y relevons : internement actuel ; première phase d'excitation : du 4 au 9 décembre. Sédation de l'agitation sans traitement. Deuxième phase d'excitation du 25 décembre au 1er janvier : accalmie sans traitement. Cet état dure jusqu'à fin janvier, période à laquelle on lui fait de l'électro-choc sous narcose. Un coup d'œil sur les dates de passation du test nous apprend que les cinq pre-

(1) Cité par Szondi : *Triebpathologie*, p. 492. Dans ces cas, le malade lutte contre des difficultés affectives et notamment contre une forte agressivité inconsciente, en utilisant des voies de décharges épileptiques biologiquement préformées.

P. A. P. C. E.

194	Nr.	S h	S s	P s	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m	S h	S s	P s	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m
15.1.52	I.	±	+	−!	+!	0	0	−	+	Ø	−	+	+	±	±	−	−
18.	II.	±	−	−	+	0	0	−	+	0	−	+	±	±	+	−	0
22.	III.	+	+	−!	0	+	+	−!	+	+	−	+	−	−	+	0	−
24.	IV.	±	−	+	0	0	±	−	−	Ø	±	0	±	±!	Ø	−	+
25.	V.	0	−	+	+	+!	0	−!	−	+	0	+	+	0	±!	−	−
28.	VI.	±	0	−	±	+	0	−	+	+	−	−	Ø	+	±	−	±
1.2.	VII.	+	0	−	−	+	0	−!	+	−	±	+	+	0	±	Ø	−
5.	VIII.	+	0	−	+	+	+	−!!!	±	−	±!	+	+	+	−!	Ø	Ø
7.	IX.	±	0	−	+	+	+	−!	±	Ø	+!	0	+	±	−!	0	0
8.	X.	+	0	−	0	+	−	−!!	+	−	+!	0	±	+	+	Ø	−
Σ θ		1	5		3	3	5										
Σ ±		5			1		1		2								
T. sp. θ/Quantity of tendency tension/T. d. T. degrés		6	5	0	4	3	6	0	2								
Latenzgrösse/Degree of latency/Valeur de latence		S=	1	P=	4	Sch=	3	C=	2								

II. Triebformel:
Instinct formula/Formule pulsionnelle

1. Abgekürzte: $h_4^{\pm}$ p_5^0
Abbreviated/Abrégée d_0 $e_0^{-(+)}$

2. Vollständige/Complete/Complète:

Symptomatische Symptomatic/Symptomat.	$h_6^{\pm}$ p_6^0 s_5^0
Submanifeste	hy_4^{0+} k_3^{0+}
Sublatente	m_2^{+-}
Wurzel-Faktoren Rootfactors/Fdct. racines	$e_0^{-(+)}$ d_0^-

III. Latenzproportionen
Proportional relations of latencies
Proportions de latence

Pe^- $Sch k^+$ Cd^- Sj^{+}
4 3 2 1

miers profils ont donc été établis en période d'accalmie complète et les cinq derniers en période d'électro-choc sous narcose. Notons à ce propos que le test constitue un document scientifique indéniable puisqu'il fait apparaître, à la suite des électro-chocs, des réactions de décharge dans le facteur $s = O$ ainsi que l'accumulation du facteur $d = -$! ! !

Il est hors de doute qu'une partie de notre diagnostic s'est trouvée modifiée de ce fait, mais une partie seulement. Nous avons insisté sur les tendances sadiques-anales et homosexuelles passives qui semblent combattues par le malade.

Nous lisons à ce sujet dans son dossier : deuxième phase d'excitation (c'est-à-dire celle qui précède immédiatement l'accalmie pendant laquelle le test fut appliqué), le *délire du malade change de thème :* il traite ses voisins d'*homosexuels,* de tantes, d'enc... !

C'est précisément après ce délire que le test nous montre que le malade se défend contre des tendances homosexuelles et sadiques-anales.

Mais, sous l'angle psychanalytique, nous trouvons tout au long du dossier l'importance du problème anal, symbolisé par l'argent : rompt les fiançailles parce qu' « elle en veut à son argent »... Malgré sa capacité professionnelle certaine, quitte successivement plusieurs postes, se jugeant incapable, et acquiert l'idée de « ne pas pouvoir trouver une place où il ne volera pas l'argent gagné »... Se bagarre à cause de la vente d'un triporteur où il s'est cru « roulé », et accuse ses amis d'avoir participé à l'escroquerie. A une certaine époque, il fait du marché noir, se sent très bien... puis se reproche de gagner *trop d'argent* et diminue ses activités. Son père raconte qu'il est très généreux, lors de ses accès, *dilapide tout son argent* et doit ensuite être aidé par lui.

Quant au thème habituel de son délire, il est le suivant : il y a les juifs — ou les reptiles — et les chrétiens. Les premiers le bri-

ment dans son travail. Nous ne faisons peut-être pas trop « coller » les choses en pensant qu'il pourrait exister, pour le malade, un lien entre les juifs et l'argent... ?

Concernant l'*homosexualité*, il n'est sans doute pas sans intérêt de noter que sa première crise a eu lieu après une tentative de suicide de son frère qui, par la suite, est entré dans les ordres.

Quant à sa propre sexualité : onanisme jusqu'à 25 ans. Sa première maîtresse le déçoit, et il considère qu'il n'a pas besoin de rapports sexuels — obligatoires seulement dans le mariage — puisqu'il est célibataire. Lors de son dernier internement, il déclare à la police qui l'arrête : « J'ai des difficultés d'ordre intime avec ma maîtresse et c'est ce qui provoque ma nervosité. Cette amie a un tempérament froid. Elle me trouve un peu fatigué et ne veut pas se prêter à des rapports naturels. » Si l'on rapproche cette déclaration ambiguë du malade de ses tendances à la projection, on doit supposer que tout ne va pas tout seul de ce côté (1).

D'après ces renseignements, il semble que, malgré tout, il n'est pas invraisemblable que le sujet, testé après ses projections d'homosexualité, se défende contre ces mêmes tendances pendant la phase de rémission consécutive.

Nous sommes reconnaissants au psychiatre ayant établi les observations résumées d'avoir bien voulu nous confirmer, après lecture du manuscrit de cet article, que le malade avait incontestablement, en dehors de ses crises d'agitation maniaque, une attitude nettement schizoïde et repliée sur lui.

Il a soulevé à juste titre le problème suivant : Pourquoi le test ne porte-t-il aucune trace de la maladie maniaco-dépressive, étant donné qu'il s'agit bien dans ce cas d'une manie héréditaire ? Nous ne pouvons trouver qu'une réponse à cette question. Szondi a signalé que non seulement la racine profonde d'une maladie se transmet héréditairement, mais aussi le choix des « soupapes », par lesquelles on se défend contre elle. On peut donc parler de soupapes héréditaires. Dans le cas présent, et étant donné la structure révélée par le test en période de rémission, nous sommes amenés à soulever l'hypothèse

(1) Après la terminaison de notre article, nous avons pris connaissance d'un article du professeur agrégé H. Baruk, qui nous semble devoir être cité au sujet de ce malade. Etudiant « les problèmes psychologiques et psychopathologiques de l'antisémitisme », l'auteur rapporte que plusieurs auteurs, notamment américains, ont souligné le rôle des tendances homosexuelles dans la personnalité (et délires) antisémite.

Il est curieux d'observer que notre malade présentait, pendant longtemps, un délire antisémite pour aboutir finalement, pendant sa dernière crise, à des projections homosexuelles. C'est précisément ce que montre son test, établi après cette période, ainsi que les mécanismes de défense qu'il semble utiliser habituellement — lorsqu'il n'est pas en phase d'agitation maniaque — contre ces tendances homosexuelles. Cf. *Bulletin de psychologie*, numéro spécial, 1952, p. 83.

suivante : ne pourrait-il s'agir d'une tendance héréditaire à décharger de fortes tensions internes par le canal de crises passagères très maniformes, plutôt que d'une structure essentiellement cyclique ?

Nous nous permettons cette hypothèse parce que le test ne révèle pas les dangers profonds spécifiques de la maladie cyclique

OBSERVATION B

P. A. P. C. E.

194	Nr.	S h	S a	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m	S h	S a	P e	P hy	Sch k	Sch p	C d	C m
17.1.52	I.	±	+	0	±	0	−	+	−	∅	−	±	+	−!	+	+	−
18.	II.	−	+	±	+	−	0	+	−	−	0	∅	−	+	±	+!	±
22.	III.	+	−	+	−	±	±	+	−	+	−	0	−	+	+	−	−
24.	IV.	0	+	+	−	0	±	+	−!!	±	+	±	0	−!	+	+	∅
25.	V.	−	+	0	+	+	+	0	−!!!	−	−	±	−	+	+	+	∅
28.	VI.	0	+!	+!	0	−	+	0	−!!	±	0	0	±	+	+	±	∅
31.	VII.	0	+!	+	0	−	0	0	−!!	±	0	−	±	+	±	±	∅
1.2.	VIII.	−	+!	+	+	−	0	+	−!!	±	+	−	−	+	+	−	∅
5.	IX.	0	+	±	0	0	−!	+	−	±	+	+	−	±	∅	+	−
7.	X.	−	+!	−	+	±	0	0	−!	+	+	−	+	∅	±	−	−
Σ 0		4		2	3	3	4	4									
Σ ±		1		2	1	2	2										
T. sp. G./Quantity of tendency tension/T. d. T. degrés		5	0	4	4	5	6	4	0								
Latenzgrösse/Degree of latency Valeur de latence		S = 5		P = 0		Sch = 1		C = 4									

II. Triebformel.
Instinct formula/Formule pulsionnelle

1. Abgekürzte. p^0
Abbreviated/Abrégée $s^+ m^-$

2. Vollständige/Complete/Complète

Symptomatische Symptomatic/Symptomat	$p_6^{0\pm} k_5^{0\pm} h_5^0$
Submanifeste	$B_4^{0\pm+-} hy_4^{0+-}$
Sublatente	d_4^{0+}
Wurzel-Faktoren Rootfactors/Fact. racines	$s_0^+ m_0^{-!}$

III. Latenzproportionen
Proportional relations of latencies
Proportions de latence

Ss^+	Cm^-	$SchK^-$	P
5	4	1	0

Ce dernier cas constitue un faux diagnostic, que nous pouvons toutefois nous expliquer. Nous lisons dans le certificat de situation du 18 janvier 1952, c'est-à-dire le lendemain de la première passation du test : amélioration sensible après thérapie de choc, mais persistance du flou de la pensée, réponses à côté, digressions amphigouriques. Calme, meilleur contact, aucune agressivité. La conversion de Placement d'Office en Placement Volontaire peut être faite pour tenter une sortie d'essai. Conversion en Placement Volontaire le 1er février 1952.

Nous devons reconnaître que nous pourrions être taxés nous aussi de « réponses à côté » et de « flou de la pensée » ; nous concevons toutefois fort bien pourquoi il en a été ainsi. Freud avait déjà signalé que la schizophrénie et la dépression étaient toutes deux des affections narcissiques, et le test confirme cette parenté. Toutefois, pour des cas typiques de schizophrénie et de dépression, il est possible de les différencier. Par ailleurs, l'expérience montre que la réaction indiquant le narcissisme ($k = +$) disparaît dans le test, et se trouve remplacé par la réaction $k = -$, lorsque le malade dépressif vire vers la manie. Trouvant ce fait dans notre protocole, nous avions pensé, par conséquent, non pas à une affection narcissique schizophrénique, mais à une affection narcissique dépressive — peu classique il est vrai ! Nous ne pouvions savoir que l'incohérence de ces réactions était due à l'effet d'un choc, laissant l'individu plus ou

moins guéri. Certains indices nous avaient fait envisager la schizophrénie. Mais c'est précisément l'absence de spécificité des symptômes — et la disparition trop fréquente des réactions schizophréniques typiques — qui nous ont fait opter finalement pour une maladie circulaire en plein « virement ». Nous faisons notre *mea culpa,* tout en pensant que le malade a toutefois été testé dans une période peu favorable à un diagnostic précis (période de transformation passagère à la suite d'un traitement de choc).

IV. — Conclusion

Nous sommes maintenant en mesure de tirer les conclusions les plus importantes d'une telle expérience.

I) Une tentative de validation par appariement eût exigé, pour être valable, un certain nombre de conditions que nous avons énumérées, mais qui n'ont pu être remplies.

II) Même dans des conditions idéales une telle expérience n'aurait pas forcément été concluante. On ne peut insérer le test de Szondi dans un cadre aussi restreint que celui de l'appariement. Le test nous révèle avant tout la personnalité inconsciente (et de manière plus exhaustive et plus profonde que nous ne l'avons utilisé ci-dessus, volontairement d'ailleurs, afin de ne pas tomber dans des domaines incontrôlables, phénoménologiquement).

Sa pratique nous apprend combien peuvent être mobiles les mécanismes de défense et les symptômes utilisés par le malade pour lutter contre les dangers pulsionnels, eux-mêmes en constante évolution. C'est bien ce qui rend, dans la pratique, le diagnostic psychiatrique si difficile.

Or, l'expérience de l'appariement repose sur l'établissement préalable d'un double diagnostic-étiquette : celui du psychiatre et celui du szondien.

Un appariement entre de telles étiquettes apparaît pour le moins comme très hasardeux. Même les « cas typiques » n'échappent pas toujours à la discussion, entre psychiatres. Certains peuvent cataloguer les malades plutôt d'après leurs symptômes les plus manifestes et d'autres plutôt d'après un syndrome traduisant la structure de base.

En outre, dans certains cas, la notion du cas « typique » ou « atypique » peut différer d'après le test ou d'après la clinique. Tel ensemble de symptômes atypiques peuvent larver une struc-

ture pulsionnelle de base spécifique, tandis que tels autres symptômes, apparemment univoques, cachent une structure et des conflits fort complexes.

III) La confrontation détaillée des résultats du test avec les dossiers complets des malades s'est pourtant avérée très fructueuse à plusieurs point de vue. Mettant, d'une part, à jour les sources d'erreurs, elle a surtout permis, d'autre part, de constater sa valeur diagnostique, malgré l'échec total de l'épreuve de validation par l'appariement. Il a été possible de retrouver, à travers le test de Szondi, en expérience aveugle, la phénoménologie et la pathogénie des cas étudiés. Le test a même souvent permis d'aborder les cas sous un angle nouveau.

Toutefois, cette étude n'est vraiment possible que lorsque le testeur « aveugle » ouvre ses yeux sur le dossier du malade. Nous devons à ce propos renouveler nos remerciements à l'équipe du professeur Delay, pour nous avoir fourni des cas par eux-mêmes fort intéressants, et surtout pour la plupart desquels avaient été établis des dossiers très complets.

L'insertion du Szondi dans le cadre de l'appariement est également difficilement concevable, parce que le Szondi est plus qu'un test. C'est, en réalité, une nouvelle conception de la psychologie comme de la psychiatrie. Elle ne jure pas, d'ailleurs, avec les conceptions psychanalytiques ou psychiatriques, mais projette sur elles de nouvelles lumières.

L'expérience de l'appariement constituait, comme nous l'avons dit, un risque connu d'avance. Nous l'avons néanmoins entreprise, en espérant que le cadre officiel, entourant ce travail « aveugle », représentera une garantie scientifique suffisante pour le lecteur, tout en lui donnant l'occasion d'apprécier l'intérêt et la valeur des conceptions de Szondi et de l'utilisation sérieuse de son test.

Tel était le but que nous nous proposions et nous espérons l'avoir atteint.

LES RÉACTIONS SÉROLOGIQUES DANS LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DES TRYPANOSOMÉS ET SUSPECTS DE TRYPANOSOMIASE. MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES DE LA SYPHILIS

PAR

L. LAPEYSSONNIE

Notre enquête a porté sur 418 liquides céphalo-rachidiens provenant pour la majeure partie de sujets trypanosomés, chez lesquels nous désirions étudier les perturbations que le parasitisme sanguin ou liquidien était susceptible d'apporter aux réactions utilisées habituellement dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic de la syphilis.

Les quelques liquides recueillis sur des individus non trypanosomés et présentant des troubles d'ordre neurologique n'ont pas été les moins intéressants ; de leur examen s'est dégagée la notion que, sous certaines conditions techniques rigoureuses, la présence de « réagines » syphilitiques pouvait être affirmée dans le liquide céphalo-rachidien de l'Africain.

La totalité de ces liquides n'a pu être retenue pour cette partie de notre enquête, étant donné les conditions que nous avions mises à leur utilisation : décompte des éléments cellulaires à la chambre de Nageotte ; dosage des albumines totales par la méthode de Sicard et Canteloube ; recherche du trypanosome à l'examen direct et après centrifugation du liquide céphalo-rachidien ; benjoin colloïdal, réactions non spécifiques des protides (Nonne-Appelt, Pandy, Weichbrodt, Takata-Ara), Bordet-Wassermann, Kolmer, liquide céphalo-rachidien et simultanément, sérologie sanguine complète, précédée d'un examen microscopique du sang à l'état frais et coloré, directement et après triple centrifugation, réaction du formol-leuco-gel, et recherche du flagellé dans les ganglions lorsque ces derniers existent.

389 trypanosomés et suspects ont répondu à toutes ces conditions simultanées et ont donné lieu à 466 analyses complètes du liquide céphalo-rachidien, certains malades faisant l'objet de deux ou trois examens successifs à trois mois d'intervalle ; les tableaux résument une partie des observations faites.

Les réactions sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien

650 réactions sérologiques furent pratiquées en tout dans le liquide céphalo-rachidien, avec des réponses positives dans 33 cas.

Le tableau I résume les résultats obtenus :

TABLEAU I

Réactions sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien. — Résultats Nombre total des réactions pratiquées.

TECHNIQUES	POSITIF	NÉGATIF	TOTAL
B.W. Kolmer L.C.R.....	20	471	491
Meinicke L.C.R.....	7	141	148
Kline L.C.R.....	2	2	4
« VDRL spinal fluide test ».	4	3	7
TOTAL.....	33	617 —	650 —

Sans entrer dans le détail des techniques, rappelons que pour le *Bordet-Wassermann-Kolmer-liquide céphalo-rachidien*, trois conditions ont été exigées pour l'affirmation des résultats positifs :

— un complément faiblement dilué (1/20e) ;

— un temps d'hémolyse prolongé (1 h. 1/4) ;

— un volume plus grand de liquide céphalo-rachidien (5 gouttes) ; toutes mesures tendant à assurer la plus grande sécurité de la réaction.

Le phénomène des réactions anticomplémentaires n'a été observé dans ces conditions que deux fois ; il s'agissait, dans les deux cas de liquides céphalo-rachidiens de trypanosomés. L'un était normal vis-à-vis des éléments cellulaires (1/0,22), mais pré-

sentait un benjoin colloïdal très altéré ; une nouvelle analyse, pratiquée un mois plus tard, montrait un liquide céphalo-rachidien entièrement normal, et nous pensons qu'il s'agissait dans ce cas d'une faute technique au prélèvement (tube sale).

Dans l'autre cas, le liquide céphalo-rachidien était altéré de longue date, et montrait, le jour de l'examen : 58/0,30 T.O., benjoin floculant dans les 12 premiers tubes et sérologie sanguine très fortement positive ; le blocage du tube-témoin ne peut être rapporté à la présence méconnue de trypanosomes dans le liquide-céphalo-rachidien, car ce phénomène n'a jamais été observé avec les liquides trypanosomés qui en contenaient en grand nombre.

A un nouvel examen pratiqué après pénicillinothérapie intense associée au bismuth, le liquide céphalo-rachidien demeurait aussi altéré mais le Bordet-Wassermann-Kolmer-liquide céphalo-rachidien y était techniquement normal et négatif, ainsi que la réaction de Meinicke-liquide céphalo-rachidien. A noter que la séropositivité sanguine manifestait simultanément une nette diminution.

Disons pour terminer qu'il ne fut tenu compte, au cours de cette enquête et en ce qui concerne les réactions de floculation dans le liquide céphalo-rachidien, que des réponses nettement positives.

Ces notions préliminaires établies, analysons maintenant les résultats observés avec les 466 liquides céphalo-rachidiens pour lesquels nous avions la totalité des renseignements exigés (tableau II).

Les réponses négatives

Au nombre de 617 sur 650 réactions pratiquées elles ont, en associant leurs réponses, permis de considérer comme sérologiquement négatifs 441 liquides sur les 466 faisant l'objet de cette étude (94,5 %).

Ceci suffit à démontrer qu'il n'y a aucune incidence constante de la trypanosomiase, même au stade des atteintes encéphalo-méningées, sur les réactions sérologiques de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien, puisque 140 fois ces réactions furent négatives avec des liquides profondément anormaux à tous les points de vue, cytologique et biochimique, et qu'en outre 30 de ces liquides hébergeaient des trypanosomes, contrôlés vivants au moment du prélèvement.

Aucun effet anti-complémentaire ne fut constaté dans ces derniers cas, probablement à cause de la concentration alexique élevée employée dans la réaction.

Les réactions positives

33 fois sur 650 réactions pratiquées on obtint des réponses positives ; considérées par rapport au nombre des liquides céphalo-rachidiens examinés, ces réactions furent isolément ou simultanément positives 25 fois pour 466 liquides analysés (5,5 %).

Le tableau II précise dans sa partie gauche, pour ces 25 liquides, la ou les réactions positives et leur répartition suivant le groupe envisagé.

Le groupe I (15 cas) représente celui des trypanosomés aux divers stades de la maladie.

Le groupe II (10 cas), celui des suspects cliniques de trypanosomiase.

Groupe I. Trypanosomés

Notons tout d'abord que la catégorie pourtant la plus nombreuse (207 cas), celle des trypanosomés en observation sans traitement et considérés guéris, qui constituent comme nous l'avons vu les cas favorables de la thérapeutique trypanocide, ne présente aucune réaction positive.

Celles-ci sont observées en totalité chez les trypanosomés « actifs », c'est-à-dire chez les nouveaux dépistés et chez les malades en traitement, chez ceux par conséquent dont l'état humoral est le plus bouleversé par l'augmentation des gamma-globulines caractéristiques des parasitoses hémo-spléno-lymphatiques où l'élément plasmocytaire est important (trypanosomiase, leishmaniose) ; il est à noter d'ailleurs que le retentissement humoral sera proportionnellement plus important dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang, parce que l'accroissement des globulines (de 0,10 normalement à plus d'un gramme) se produit en quelque sorte à l'état pur et n'est pas masqué par la masse sérologiquement inerte des albumines sériques.

Il conviendra donc d'être particulièrement prudent en présence de réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien pour cette catégorie de malades en pleine activité et nous verrons plus loin que c'est dans cette éventualité que nous avons relevé les réactions positives qui nous sont apparues comme aspécifiques.

Deuxième constatation : 12 fois sur 15 les réactions sérologiques sanguines sont simultanément positives, à des degrés divers : huit fois fortement, deux fois nettement, une fois faiblement, une fois avec des réactions dissociées.

TABLEAU II

Réactions sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien.

Comparaison avec la sérologie sanguine et l'état du L.C.R. (albumine cytologie) pour chaque groupe.

	Une réaction au moins est positive							Le B.W. Kolmer et les réactions de floculation sont négatives							
	L.C.R.			Total	Sang			L.C.R.			Total	Sang			Total
	Normal	Subnormal	Altéré		Sérologie négative	Sérologie douteuse ou dissociée	Sérologie positive	Normal	Subnormal	Altéré		Sérologie négative	Sérologie douteuse ou dissociée	Sérologie positive	
Nouveaux trypanosomés en 1re période	Kolmer 1 Kolmer et Meinicke 1			2	1 1			21	4		25	22		3	27
Nouveaux trypanosomés en 2e période										18	18	16		2	18
Nouveaux trypanosomés T + dans L.C.R.			Kolmer 2 Meinicke 2	4		1	1 2			29	29	23	1	5	33

Trypanosomés traités maintenus ou revenus 1re période	Kolmer 4			4	1	1	2	39	14		53	37	3	13	57
Trypanosomés traités et demeurés ou passés 2e période			Kolmer 2 Meinicke 2 VDRL 1	5	1		2 1 1			92	92	55	11	25	97
Trypanosomés traités T + L.C.R.										1	1	1			1
Trypanosomés E.O.S.T.								157	16		173	141	11	21	173
Trypanosomés considérés guéris								34			34	32	1	1	34
GROUPE II Affections neurologiques autres que la trypanosomiase			Kolmer 5 Kolmer + VDRL 3 Kolmer + Meinicke + Kline 2	10			5 3 2	11	2	3	16	12	2	2	26
TOTAL.....	6–		19–	25–	4–	2–	19–	262–	36–	143–	441–	340–	29–	72–	466–

Il y a là plus qu'une simple coïncidence, puisque nous avons établi, au chapitre précédent, que 25 % seulement des trypanosomés de cette catégorie présentaient des réactions sérologiques positives.

Y a-t-il une relation qui unit ces deux ordres de faits, la séropositivité sanguine et liquidienne chez les trypanosomés non traités ou en cours de traitement ?

Chez les nouveaux trypanosomés en première période (2 cas)

La question ne se pose pas puisque, dans ces deux cas, la sérologie sanguine était entièrement négative.

Dans le premier cas (fiche 450/T.), le liquide céphalo-rachidien présentait une altération isolée et inexpliquée du benjoin colloïdal (11112.21000.00000) et un Bordet-Wassermann-Kolmer-liquide céphalo-rachidien faiblement positif, avec une formule cyto-albuminique normale : 1/0,22 T.O. ; liquide entièrement normal à un deuxième examen trois mois plus tard après traitement au Mel. B.

Dans le deuxième cas (T. 791/T.), il s'agissait d'un malade apparemment stérilisé depuis un mois à la suite d'une seule injection de pentamidine reçue à un poste-filtre. Liquide céphalo-rachidien entièrement normal avec Bordet-Wassermann-Kolmer-liquide céphalo-rachidien et un Meinicke-liquide céphalo rachidien tous deux fortement positifs. Cette positivité paradoxale n'est pas retrouvée à un nouvel examen deux mois après ; liquide céphalo-rachidien toujours normal.

Aucune explication à cette positivité aberrante et passagère de la sérologie dans le liquide céphalo-rachidien ne nous satisfait.

Chez les nouveaux trypanosomés en deuxième période avec trypanosomes constatés dans le liquide céphalo-rachidien (4 cas)

Au milieu des 33 examens pratiqués sur le liquide céphalo-rachidien de trypanosomés qui peuvent être rangés sous cette rubrique, ces 4 cas de réactions sérologiques positives dans le liquide présentent une unité nosologique certaine :

— Le système lymphatico-sanguin est parasité dans tous les cas, la réaction du formol-leuco-gel fortement positive.

— Le liquide céphalo-rachidien profondément altéré avec présence contrôlée du parasite : 160/0,65 T. + ; 540/0,60 T. + ; 700/0,71 T. + ; 300/0,45 T. +.

La sérologie sanguine fortement positive.

Dans deux cas, le Bordet-Wassermann-Kolmer est faiblement positif, dans le liquide céphalo-rachidien ; dans les deux autres cas, il y est fortement positif.

Dans le seul cas qui put être contrôlé trois mois plus tard après traitement trypanocide, le Bordet-Wassermann-Kolmer était devenu négatif dans un liquide céphalo-rachidien en nette amélioration et stérilisé, et le sang, bien que n'hébergeant plus de trypanosomes et montrant un formol-leuco-gel négatif, continuait à présenter des réactions sérologiques toujours aussi fortement positives.

On peut estimer que, dans ces cas, la méningo-encéphalite subaiguë d'origine parasitaire qui régnait au niveau du névraxe, a favorisé le passage temporaire à travers la barrière hémo-méningée de « réagines » sanguines, de même qu'il n'est pas rare de voir, au cours de la méningite spécifique accompagnant certaines syphilis secondaires intenses, le Wassermann devenir positif d'une façon transitoire dans le liquide céphalo-rachidien pour se négativer, une fois la phase septicémique achevée, alors que les réactions sérologiques demeureront encore fortement positives dans le sang.

Chez les trypanosomés en traitement (9 cas)

Dans les 5 cas où le liquide céphalo-rachidien présentait des altérations notables, la même pathogénie peut être invoquée pour justifier la positivité des réactions sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien, surtout lorsqu'elles s'accompagnent de réactions également positives dans le sang (4 fois sur 5 cas).

Mais comme dans la plupart de ces observations les anomalies de la formule liquidienne étaient anciennes, on ne peut formellement exclure un processus évolutif spécifique s'associant ou se substituant aux lésions d'ordre parasitaire.

Dans les cas où le liquide est normal (4 cas) en ses termes cytologiques et biochimiques, l'hypothèse spécifique n'est pas non plus formellement exclue, car trois de ces malades sont d'observation relativement récente (18 mois) et leur avenir n'est pas encore entièrement fixé, d'autant plus qu'ils avaient été tous les trois dépistés avec un liquide altéré. Quant au quatrième, reconnu trypanosomé dans le S.L.S. au retour de la Basse-Côte d'Ivoire avec une formule liquidienne suspecte (8/0,40 T.O.), qu'il conservera d'ailleurs pendant trois ans et demi (albuminorachie variant entre 0,27 et 0,40), il est revu en décembre 1949 avec un liquide subnormal (2,4/0,25), mais présentant des réactions de Nonne-Appelt et de Takata-Ara faiblement positives, ainsi que le

Bordet-Wassermann-Kolmer-liquide céphalo-rachidien. La sérologie sanguine déjà recherchée et trouvée positive en 1946 (Hecht et Meinicke positifs, les seules techniques pratiquées alors), ce qui montre accessoirement que le confrère de cette époque avait les mêmes soupçons que nous-mêmes, est retrouvée fortement positive aux six réactions classiques. Le malade a été malheureusement perdu de vue.

Que conclure de ces diverses observations ?

A l'exception des deux premiers cas cités, trois points sont communs à la plupart des autres observations :

1° la sérologie sanguine concomitante le plus souvent fortement positive ;

2° le fait que tous ces trypanosomés ont été dépistés à la période nerveuse de l'affection ;

3° le caractère transitoire des réponses, d'ailleurs souvent faiblement positives, et qui n'ont dans aucun cas été retrouvées à un examen ultérieur du liquide céphalo-rachidien, ce qui ne s'accorde guère avec un processus syphilitique évolutif.

Toutes ces considérations doivent nous rendre extrêmement prudents, en matière de sérologie, dans le liquide céphalo-rachidien, surtout lorsqu'il s'agit de trypanosomés en deuxième période, et en particulier quand le flagellé est constaté dans le liquide céphalo-rachidien.

Il convient d'exiger, pour affirmer la positivité d'une réaction, que les réponses soient fortement positives et présentent un caractère durable au cours d'examens renouvelés. C'est pour augmenter encore la sécurité dans cet ordre de recherche que nous proposons d'abaisser à 1/20e le taux du complément de cobaye dans la technique du Bordet-Wassermann-Kolmer dans le liquide céphalo-rachidien.

Toutes ces conditions se retrouvent dans les observations que nous allons maintenant rapporter.

Groupe II. Suspects de trypanosomiase

Manifestations nerveuses de la syphilis

En opposition avec les trypanosomés du groupe I, les malades de cette catégorie *n'ont jamais montré de parasites dans aucune de leurs tumeurs, malgré des examens multiples et répétés*, et pour certains l'inoculation au C. Patas est demeurée en outre négative. Seuls les symptômes cliniques pouvaient faire suspecter la trypanosomiase secondaire.

Dans 16 cas, aucune réaction sérologique ne fut trouvée positive à l'examen du liquide céphalo-rachidien, qui était d'ailleurs normal ou subnormal dans 13 cas ainsi que la sérologie sanguine associée qui se montrait entièrement négative dans 12 cas. L'étiologie des syndromes neuro-psychiatriques présentés par ces malades était donc étrangère à la fois à la maladie du sommeil et à la syphilis (éthylisme, avitaminose).

Par contre dans 5 cas (qui donnèrent lieu aux 10 examens portés dans la partie gauche du tableau II), ces manifestations d'ordre neurologique s'accompagnèrent d'altérations nettes de la formule liquidienne, d'ailleurs légèrement différentes les unes et les autres de celles que l'on rencontre habituellement dans la trypanosomiase nerveuse ; les réactions sérologiques de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien s'y révélèrent en outre fortement positives, d'une façon simultanée lorsque plusieurs furent pratiquées en même temps, et permanentes lorsque les examens furent renouvelés plusieurs mois après. Enfin, la sérologie sanguine concomitante était, dans tous les cas, très fortement positive à toutes les réactions envisagées.

Nous avons donc été amenés à conclure que ces malades, non trypanosomés, présentaient des manifestations neurologiques d'étiologie syphilitique probable.

Le pian, d'un point de vue théorique, ne saurait être délibérément écarté ; Saunders et ses collaborateurs rapportent (*op. cit.*, p. 12 à 15), à la Jamaïque, 100 cas d'affections d'ordre neurologique (hémiplégies, paraplégies, tabès, paralysie générale), avec 80 % de sérologies positives dans le sang et 13 % dans le liquide céphalo-rachidien, qu'ils attribuent au pian en se basant sur des aires de répartition différentes pour la syphilis et pour le pian, et également en tenant compte du fait que l'incidence du pian est beaucoup plus faible pour la population saine (56,6 %) et pour l'ensemble des cas neurologiques (80 %). Ils notent par ailleurs que les cas neurologiques sont statistiquement plus fréquents entre 30 et 50 ans, ce qui est le cas de la plupart des malades dont nous rapportons les observations ci-dessous.

Ces observations séro-cliniques, condensées succinctement à partir d'un travail qui leur a déjà été consacré, sont plutôt en faveur d'une étiologie syphilitique, mais, à supposer que le pian fût en cause, leur intérêt n'en serait pas, croyons-nous, diminué.

I. *Kombekou :* 963/T, tabès et paralysie générale au début chez un homme de 40 ans ; trypanosomiase écartée par de multiples examens ; l'inoculation au C. Patas négative après six mois et la réaction du formol-leuco-gel constamment négative.

Le 12 août 1949 :

K. +++ ; H. +++ ; M. +++ ; Ka. +++ ; Kl. +++ ; V. 60.

Le 23 décembre 1949 :

K. ++ ; H. ++ ; M. +++ ; Ka. +++/++/+; Kl. +++; V.D.R.L. ++ ; V. 38.

Liquide céphalo-rachidien 48,8/0,45 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer ++ ; V.D.R.L. +++ ; réactions des protides : toutes fortement positives. Benjoin colloïdal : 01222.22210.00000.0.

Le 23 février 1950, après une série d'un arsénical et amélioration clinique partielle :

K. +++ ; H. ++ ; M. +++ ; Ka. ++ ; Kl. ++ ; V.D.R.L. ++; V. 56.

Liquide céphalo-rachidien 4,8/0,45 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer ++ ; V.D.R.L. ++.

Réactions des protides : toutes fortement positives. Benjoin colloïdal : 1.22222.22222.10000.

II. *Bélégré Sampougoudou :* 450/T. Méningite secondaire précoce chez un homme de 28 ans ; tous examens négatifs pour la recherche du trypanosome ; réaction de Gaté constamment négative.

Le 30 août 1949 :

K. +++ ; H. +++ ; M. + ; Ka. ++ ; Kl. ++ ; V. 96.

Liquide céphalo-rachidien 292/0,55 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer +++ ; Meinicke-liquide céphalo-rachidien +++ ; Kline-liquide céphalo-rachidien +. Benjoin colloïdal : 11222.22221.00000.0.

Le 12 janvier, après un traitement arsenical :

K. +++ ; H. +++ ; M. — ; Ka. ± ; Kl. ++ ; V.D.R.L. — ; V. 38.

Liquide céphalo-rachidien 10,4/0,40 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer +++ ; réactions des protides : subpositives. Benjoin colloïdal : 01000.22221.00000.0.

III. *Sira Nanou :* 952/T. Considéré depuis 1938 comme un « trypanosomé clinique », bien que le flagellé n'eût jamais été mis en évidence dans aucune de ses humeurs, et considéré comme guéri en 1943.

Revient en 1949 pour un tremblement généralisé intense et amaigrissement. Cicatrices planes hyperchromes de tout le revêtement cutané ; ostéite hypertrophiante des deux tibias.

Pas de trypanosomes visibles après de multiples examens renouvelés ; réaction du formol-leuco-gel constamment négative.

Le 28 juillet 1949 :

K. +++ ; H. ++ ; M. +++ ; Ka. ++ Kl. ++ ; V. 98.

Liquide céphalo-rachidien 35/0,36 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer + ; Meinicke-liquide céphalo-rachidien +++ ; Kline-liquide céphalo-rachidien +.

Le 21 décembre 1949, après traitement arsenical :

K. +++ ; H. +++ ; M. +++ ; Ka. — ; Kl. + ; V.D.R.L. — ; V. 23.

Liquide céphalo-rachidien 2,4/0,22 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer + + + ; réactions des protides : toutes positives. Benjoin colloïdal : 01220.00210.00000.

Le 21 février 1950 :

K. + + + ; H. + ; M. + + ; Ka. ±; Kl. — ; V.D.R.L. + + + ; V. 17.

Liquide céphalo-rachidien 18,4/0,30 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer + + + ; V.D.R.L. + + + ; réactions des protides : toutes positives. Benjoin colloïdal : 00111.22222.00000.0.

L'amélioration clinique, nette depuis le mois de novembre 1949, se maintient, mais la reprise probable de l'évolution, qui se traduit par une formule liquidienne aggravée, assombrit le pronostic.

IV. *Sata Traoré :* 557/T. Aurait été trouvée trypanosomée en 1935, mais aucune notion précise n'est portée sur sa fiche indiquant les modalités de l'infestation, de telle sorte que la réalité même de cette infestation est entachée d'un fort doute. Aucune précision également sur les résultats obtenus par la thérapeutique trypanocide.

Revue le 23 décembre 1949, gâteuse et ataxique, porteuse d'une kératite de l'œil gauche et fonte purulente de l'œil droit. Recherche du trypanosome négative ; réaction de Gaté fortement positive (état cachectique).

K. + + + ; H. + + + ; M. + + + ; Ka. ± ; Kl. + ; V.D.R.L. — ; V. 47.

Liquide céphalo-rachidien 52/1 gr. T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer + + + ; réactions des protides : toutes fortement positives. Benjoin colloïdal : 00222.22210.00000.

Décès le 12 janvier 1950, dans la misère physiologique.

V. *Kolodigui Traoré :* 880/T. Mal de Pott dorso-lombaire d'étiologie rattachée à la syphilis à cause de l'intégrité pleuro-pulmonaire et du résultat spectaculaire du traitement spécifique sur les accidents parétiques des membres inférieurs.

Le 7 février 1950 :

K. + + ; H. + + + ; M. + ; Ka. + +/+/± ; Kl. + + ; V.D.R.L + ; V. 82.

Liquide céphalo-rachidien 0,6/0,40 T.O. ; Bordet-Wassermann-Kolmer + + ; réactions des protides : subpositives. Benjoin colloïdal : 00000.22222.10000.0.

Conclusions

L'enquête sérologique sur le liquide céphalo-rachidien des trypanosomés montre que, dans la majorité des cas, les réactions sérologiques et le Bordet-Wassermann-Kolmer-liquide céphalo-rachidien en particulier n'y sont pas, au prix de certaines conditions techniques, perturbés par les altérations déterminées par le trypanosome, même si celui-ci est présent dans le liquide au moment du prélèvement.

Dans ce dernier cas, et en général chez les trypanosomés, il conviendra cependant d'être particulièrement prudent dans l'affirmation de positivité des réactions sérologiques dans le liquide céphalo-rachidien, des réponses transitoirement positives ayant été observées ; il convient d'exiger que les réactions soient fortement positives et durables d'un examen à l'autre.

Parmi les individus présentant des affections d'ordre neuro-psychiatrique, et la trypanosomiase une fois écartée, l'enquête séro-clinique a permis d'incriminer l'étiologie syphilitique dans cinq cas.

BIBLIOGRAPHIE

Cossa (Paul). — *Thérapeutique neurologique et psychiatrique*, Masson, 1945.

Gallais et Journe. — La paralysie générale chez les Noirs d'Afrique. *Med. trop.*, n° 1, 1943.

Han (R. D.) et coll. — Asymptomatic neurosyphilis : prognosis (Neurosyphilis asymptomatique : pronostic). *Am. J., Syph., Gonor., and Ven. Dis.*, 1946, 30.

Jessen. — *Cytologie du liquide céphalo-rachidien normal chez l'homme*, Masson et Cie, 1936.

Kale (F.) et coll. — Permeability of blood-spinal fluid varrier in infants and in normal and syphilitic adults (perméabilité de la barrière des liquides sanguins et rachidiens chez les enfants et les adultes normaux et syphilitiques). *Arch. Neurol. and Psych.*, 1946, 56, n° 1, p. 55 à 64.

Lacassagne. — Rareté de la parasyphilis nerveuse chez les prostituées. *Bull. Soc. fr. derm. et syph.*, 1949, n° 4, p. 377.

Levaditi et Marie. — *Les anticorps syphilitiques dans le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux et des tabétiques.*

Pellegrin et Bouisset. — Un cas d'hérédo-tabès. *Bull. Soc. fr. derm. syph.*, 1949, n° 5, p. 470-471.

Roger (H.), Mooren (P.) et Delaage (M.). — A propos de quatre cas de maladie de Friedreich d'origine hérédo-syphilitique. *Soc. neurol.*, 1946, 78, n° 3-4, p. 162-163.

Rosemberg (Arthur), Harris (Ad.) et Virginia (L.). — A macrofloculation Spinal Fluid Test Employing Gardiolispin-Locithin Antigen. *The Journ. of Vernereal disease Information*, vol. 29, déc. 1948, n° 12.

Riser. — *Liquide céphalo-rachidien*, Masson et Cie, 1949.

Raynaud (Robert) et Marill. — Le tabès chez l'indigène musulman algérien. *Ann. derm. et syph.*, juillet 1939, p. 571-583.

Sézary, Barbé et Lévy (Georges). — Réaction de Wassermann, anomalie isolée du liquide céphalo-rachidien. *Bull. Soc. méd. hôp. Paris*, 1931, n° 15, p. 1308.

— *La syphilis nerveuse*, Masson éd., Paris, 1928.

— *La syphilis du système nerveux*, Masson éd., Paris, 1938.

Sicard et Haguenau. — Le critère humoral de la paralysie générale par la réaction de Lange modifiée. *C.R. Soc. biol.*, 24 mai 1924.

SOCIÉTÉ MEDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du lundi 26 octobre 1953

Présidence : M. D. SANTENOISE, président
et M. B.-J. LOGRE, vice-président

Décès du Docteur DEMAY, ancien président

M. D. Santenoise, *président*. — Le Dr Demay est mort presque subitement, dans l'après-midi du 23 août, ayant assuré jusqu'au dernier jour ses fonctions de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine. Le matin de sa mort, il recevait encore des parents de malades.

Interne des hôpitaux psychiatriques de la Seine au concours de 1910, Georges Demay fut nommé médecin du cadre au concours de 1914 et affecté à Clermont, où il créa un service d'admission. Le concours de 1929 le fit entrer dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine. Et ce fut là le début d'un séjour de 24 ans dans le même service à Maison-Blanche, service auquel il s'était attaché et qu'il n'avait pas voulu abandonner, alors que des postes plus enviables lui étaient offerts.

Pendant toute sa carrière psychiatrique, Georges Demay a mené de front plusieurs activités en dehors de ses fonctions hospitalières, sans que jamais fussent négligés les soins attentifs à ses malades et les efforts faits pour améliorer l'organisation de son service. A cette tâche qu'il jugeait primordiale, il consacrait la plus grande part de son temps et de ses préoccupations.

Cela ne l'a pas empêché de réaliser une œuvre scientifique importante. La liste de ses publications est trop longue pour que nous puissions la détailler. Esprit cultivé et éclectique, il s'est penché sur les problèmes les plus divers. Ses travaux, où la rigueur de l'observation n'exclut pas l'élégance du style, ont envisagé successivement des sujets de clinique, de thérapeutique, d'anatomie pathologique, de médecine légale. Les questions d'assistance et d'organisation hospitalière avaient particulièrement retenu son attention. Son rapport au congrès des aliénistes de 1926 sur le travail des aliénés avait été très remarqué.

Il est inutile de souligner un autre aspect bien connu de la vie de Georges Demay : son ardeur dans la défense des intérêts corporatifs de ses collègues. Secrétaire de l'Amicale des médecins des hôpitaux psychiatriques, dès 1924,

il avait pris ses fonctions à cœur. Grâce à sa diplomatie et à sa pondération, il avait réussi à aplanir bien des conflits, à obtenir des améliorations utiles dans le statut des médecins d'hôpitaux psychiatriques. Il avait fondé en 1927 le bulletin mensuel de l'Amicale : « L'aliéniste français », dont il était le rédacteur en chef, et où il publia de nombreux articles, tant sur les intérêts professionnels des psychiatres que sur l'assistance aux aliénés.

Son activité inlassable était désintéressée et sans ambition. Il n'en recueillait aucune fonction rémunératrice. Simplement quelques marques d'estime acceptées avec une modestie souriante et des missions gratuites dont il s'acquittait avec conscience. Chevalier de la Légion d'honneur, membre du conseil supérieur de l'assistance publique et du conseil d'hygiène, il fut président de notre société en 1946, président de l'Amicale, président de la Société des médecins des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

D'une sentimentalité délicate, sous un aspect un peu froid, il était dévoué à ses amis, paternel pour ses malades, attentif à la formation de ses élèves. Il s'acquittait ainsi indirectement de la dette de reconnaissance qu'il estimait avoir contractée vis-à-vis de ceux qui l'avaient initié à la psychiatrie.

Jusqu'à la fin de sa vie, en 1930, il entoura d'une affectueuse déférence son vieux maître Henri Colin. « Sa vie, écrivait-il de lui, demeure pour nous un noble exemple. » On ne peut, pour conclure l'éloge funèbre de notre ami Demay, que répéter cette phrase que nous a signalée notre collègue Desruelles.

Nous nous inclinons devant la douleur de Mme Demay, dont la fidèle affection entoura sa fatigue et ses soucis d'un puissant réconfort et nous la prions d'agréer l'expression de notre sympathie et de nos condoléances émues.

Le Dr G. Demay *ayant été* président *de la Société médico-psychologique, la séance est levée en signe de deuil.*

DEUXIÈME SÉANCE

COMMUNICATIONS

Symptômes occasionnels de pseudo-grossesse apparus au cours d'un syndrome excito-confusionnel d'origine complexe, par Mlles Buisson, Saucet et M. Ayache.

Il nous a paru intéressant de rapporter un cas de pseudo-grossesse chez une jeune femme présentant un syndrome confusionnel, que nous avions été amenés à traiter par le frénantol. Le docteur M. Perrault, médecin des hôpitaux, a employé le frénantol dès 1949 pour traiter « le basedowisme hypophysaire ».

En 1950, M. Perrault signale comme incidents au cours des traitements : « six cas de pseudo-grossesse, avec lactation dans quatre cas chez des multipares ». Il ajoute qu'il suffit d'arrêter le médicament pour que tout rentre dans l'ordre.

L'observation que nous vous présentons est beaucoup plus complexe, et il nous paraît difficile de conclure au rôle absolu du frénantol ou au contraire de l'infirmer. Nous serions heureux que la Société médico-psychologique veuille s'intéresser à cette question et nous faire bénéficier de ses avis autorisés. C'est dans ce but que nous avons pensé vous soumettre cette observation.

Observation. — Mme N... Ginette, âgée de 23 ans, entre dans le service le 12 octobre 1952, avec le diagnostic suivant :

« Présente un état d'excitation psychomotrice avec éléments de type maniaque et éléments de type confusionnel ; agitation intense, insomnie, extériorisation de thèmes sentimentaux faisant supposer l'existence d'un conflit affectif à l'origine des troubles actuels. Etat général satisfaisant. Pas d'hyperthermie actuelle mais possibilité d'une évolution ultérieure vers le délire aigu. »

Antécédents personnels et histoire de la maladie. — En dehors d'une otite dans son enfance, Mme N... n'a aucun antécédent pathologique notable. Réglée à l'âge de 16 ans, et depuis de façon très irrégulière. Mariée à 19 ans à un homme de 25 ans son aîné, Mme N... n'a présenté aucune grossesse. Pourtant, son mari nous dit que les dernières règles, datant du 27 juillet 1952, furent très abondantes, ce qu'il attribua à l'absorption d'une grande quantité de tisane d'armoise. En septembre, Mme N... quitte le domicile conjugal pour aller passer quinze jours dans les Ardennes avec l'un de ses amis. A son retour, au début d'octobre, son comportement n'offre rien de particulier à l'attention de la famille. Brusquement, le 8 octobre 1952, au cours d'une conversation avec son frère, elle se plaint de la tête, dit qu'elle étouffe et qu'elle va mourir. Le médecin consulté diagnostique une crise de nerfs ; mais l'état s'aggrave et, pendant les jours suivants, on note une agitation intense, de l'insomnie, des préoccupations érotiques, des idées mystiques et d'auto-accusation.

Dans ses antécédents héréditaires, on note que sa grand'mère est décédée d'une méningite (?), que son père est mort à 42 ans d'une maladie de Hodgkin, que sa mère est affectée d'un strabisme congénital et qu'une sœur est actuellement en sanatorium.

Dès l'entrée, la malade est traitée par électro-chocs, mais l'agitation persiste, cédant difficilement aux opiacés et barbituriques. Ce que nous savions de Mme N..., sa fugue, la date des dernières règles connues (27 juillet) et enfin l'usage de la tisane d'armoise, nous incitait à penser à une psychose *post-abortum*. Pourtant, Mme N... se présente comme une femme mince, aux seins peu développés, et l'examen gynécologique est négatif. Le chirurgien consulté confirme l'inutilité du curetage. Aussi, le 14 octobre, avons-nous institué un traitement au frénantol, qui nous avait précédemment donné de bons résultats dans des cas semblables d'agitation post-puerpérale. Nous l'avons donné à la dose d'un gramme par jour pendant huit jours. Le 18 octobre, une tache sur le linge de la malade nous fait craindre une métrorragie, mais il n'en est rien, et l'examen physique est toujours entièrement négatif. Le 20 octobre, le tableau clinique paraissant évoluer nettement vers le délire aigu, on pratique une prise de sang pour dosage d'urée et on met en œuvre un traitement à la pénicilline à la dose d'un million d'unités O. par jour. La température, qui était subnormale depuis l'entrée, s'élève progres-

sivement dès le lendemain, atteignant 39°3 le 21 et demeurant irrégulière au voisinage de 38° jusqu'au 28 octobre. Nous apprenons alors que l'urémie était, le 20 octobre, de 0 gr. 25. L'état mental de la malade restant le même, nous instaurons le 24 octobre une cure de sommeil avec 4560 R.P. (largactil), gardénal et somnifène. Le 1er décembre le traitement est interrompu mais doit être repris le 23 et sera poursuivi jusqu'au 2 février 1953.

A ce moment (soit un peu moins de quatre mois après l'entrée), notre attention est attirée par une augmentation de volume de l'abdomen. L'examen nous a permis d'éliminer toute étiologie morbide et nous a fait constater une augmentation du volume utérin avec fond de l'utérus à 15 cm. du pubis. L'examen des seins les montrent également augmentés de volume avec pigmentation des mamelons et tubercules de Montgoméry ; l'expression mamelonnaire fait sourdre du colostrum. Le spécialiste confirme l'existence d'une grossesse de quatre mois environ. L'évolution se poursuit normalement avec augmentation du volume utérin et la malade dit commencer à sentir les mouvements fœtaux. Toutefois, l'auscultation ne peut décéler les bruits cardiaques et, vers le sixième mois, le volume utérin nous a paru inférieur à celui que l'on pouvait attendre d'une grossesse de cet âge : le fond utérin n'était en effet qu'à 20 cm. du pubis.

L'état mental de notre malade était peu modifié, avec cependant une tendance à l'amélioration ; progressivement, la malade devient plus calme, elle s'occupe un peu, demande à travailler à la layette. Les impulsions clastiques deviennent plus rares et plus brèves et se terminent habituellement par une crise de larmes. L'état général est excellent et le poids est passé en deux mois de 55 kg. 900 à 65 kg.

Le 15 mars, notre malade se plaint brusquement de violentes douleurs abdominales et lombaires. Une ampoule de spasmalgine calme la malade ; le spécialiste approuve la thérapeutique et confirme que la grossesse suit son cours normal et que rien ne semble faire prévoir une fausse-couche.

Mais par la suite, le volume abdominal s'est fixé ; il y a arrêt de la croissance utérine, le fond utérin ne dépassant plus l'ombilic.

Quelques jours plus tard, à l'occasion d'un examen facilité par le calme de la malade, notre surprise fut grande, à la palpation abdominale, de ne plus trouver l'utérus. Le toucher vaginal nous montre un utérus de taille normale, avec un col dur, fermé. Il est d'autre part certain qu'il n'y a pas eu avortement, ni pertes sanglantes. Les seins ont diminué de volume, leur expression n'amène plus de colostrum et les aréoles sont claires. Or, trois injections de prostigmine n'ont amené aucune hémorragie.

D'autre part, toute hypothèse de grossesse étant maintenant écartée, nous avons institué un traitement au lobe antérieur d'hypophyse du 8 mai au 20 juin.

Comme Mme N... avait un comportement assez satisfaisant et que sa famille la réclamait, une sortie d'essai est instituée le 21 juin, malgré la persistance d'un certain degré de confusion ; notons de plus que l'aménorrhée persiste.

Le 20 juillet, le mari écrit : « La santé de ma femme est excellente, on ne peut demander mieux, soit travail, santé, moral. » Nous demandons à revoir la malade, mais le 20 septembre, le mari écrit à nouveau pour demander la sortie définitive et préférerait, nous dit-il, que sa femme n'ait pas à revenir à Vauclaire. « Elle va très bien, elle est calme et s'occupe avec activité du ménage, sa santé est bonne. »

Nous avons cherché ce qui pouvait éclairer la pathogénie de ces symptômes de grossesse. S'agit-il seulement d'une grossesse nerveuse survenant chez une femme prédisposée par un état dysendocrinien ancien et une instabilité certaine ? Il semble bien difficile de l'affirmer. Nous avons regretté qu'il nous ait été impossible de pratiquer des examens biologiques. Il nous a, de plus, été extrêmement difficile d'obtenir des renseignements de la famille. Pour la malade, il a fallu nous contenter du thème de ses préoccupations délirantes (érotisme, auto-accusation, indignité vis-à-vis du mari) ; quant à la confesser, cela a été impossible durant son hospitalisation ; depuis sa sortie elle s'est toujours dérobée.

Le mari, par contre, n'a pas fait mystère de la destination de la tisane d'armoise, abortif réputé, et l'on peut affirmer une fausse-couche en juillet. Il nous a, par ailleurs, été impossible d'obtenir confirmation de l'hypothèse qui s'était imposée à nous dès l'entrée (et qui nous paraît encore très vraisemblable) : une seconde fausse-couche — peut-être un curetage — pendant ou immédiatement après le voyage dans les Ardennes. L'aboutissant en a été une psychose *post-abortum,* se déclenchant dès le début d'octobre. Il arrive dans ces cas-là que certains phénomènes, tels la sécrétion lactée, persistent longtemps après. Malheureusement, les examens successifs pratiqués durant le mois d'octobre ont été négatifs. De même, aucun épisode infectieux utérin annexiel ou para-utérin n'a marqué le début du délire aigu.

Faut-il attribuer un rôle au frénantol ? Nous avons éliminé tout d'abord l'hypothèse d'une fausse-couche provoquée par le frénantol et complètement passée inaperçue à l'hôpital. D'ailleurs, toutes les publications concernant ce médicament insistent sur le fait qu'il n'est en aucune façon abortif ; il semblerait, au contraire, avoir, dans plusieurs cas cliniques, favorisé des fécondations et le maintien de la grossesse chez des femmes jusque-là apparemment stériles ou vouées aux avortements répétés.

Par contre, son action aurait pu être de bloquer l'hypophyse après une fausse-couche assez récente et d'entraîner un trouble dans l'involution de l'utérus. Involution qui se serait produite tardivement après réveil hypophysaire. Ici encore on se heurte au résultat négatif de tous les examens gynécologiques pratiqués durant le mois d'octobre. Pouvons-nous ajouter notre observation à celles auxquelles nous avons fait allusion plus haut ? M. Perrault écrit : « Dans six cas nous avons observé un état de pseudo-grossesse avec, dans trois cas (chez des multipares), montée laiteuse. Il suffit dans de tels cas d'arrêter la thérapeutique pendant six à dix jours, ou de la diminuer, pour que tout rentre dans l'ordre. » Ces observations ne semblent pas pouvoir être rapprochées de la nôtre, dans laquelle les troubles ont été remarqués assez longtemps après l'arrêt du traitement.

Notons, pour terminer, que c'est en vain que nous avons tenté de

joindre la famille pour obtenir les précisions qui nous manquaient. Le 22 octobre, nous apprenons que Mme N... a dû être transportée d'urgence dans une clinique chirurgicale pour un syndrome abdominal aigu. L'intervention révèle une grossesse tubaire d'environ deux mois en imminence de rupture.

DISCUSSION

M. G. HEUYER. — Il est dommage qu'il n'y ait pas eu des examens biologiques (dosages hormonaux et frottis vaginaux).

M. H. BARUK. — Il eût été intéressant d'avoir dans ce cas les examens biologiques. A ce sujet, outre les examens physiologiques relatifs à la folliculine, à la cytologie vaginale, on peut facilement, même à distance, envoyer des urines pour y pratiquer les dosages chimiques suivant la méthode de Jayle qui sont, non seulement précieux pour le diagnostic de la grossesse, mais qui permettent de suivre l'évolution de la grossesse et notamment l'état de l'enfant.

Considérations sur le pronostic et le traitement des arriérations myxœdémateuses à la lumière de recherches expérimentales originales sur les rapports entre thyroïde et développement du système nerveux (avec projections), par M. J. TUSQUES (1).

On sait que, chez les myxœdémateux congénitaux, les réponses somatiques à l'opothérapie thyroïdienne sont constantes et rapides.

Les auteurs sont d'opinions très différentes en ce qui concerne les effets concomitants sur le développement intellectuel.

D'une foule de travaux, souvent contradictoires, dont on trouvera la bibliographie dans Willot (1937) et Radwin et collaborateurs (1949), il semble se dégager les deux notions suivantes : 1° les hypothyroïdiens congénitaux peuvent présenter un déficit intellectuel extrêmement variable ; 2° un retard mental très important peut persister malgré un traitement thyroïdien correct et précoce. Une opinion inverse a été soutenue par Kermeey (1940), par Goodkind et Higgins (1941). Pour ces derniers auteurs, les quotients intellectuels inférieurs tendent à se produire chez les malades qui sont restés de petite taille, alors que les quotients intellectuels les plus hauts sont en général ceux des sujets qui ont atteint une taille normale. Mais il ne s'agit que de « tendances ». D'autres auteurs, quoiqu'optimistes, constatent que les bons effets du traitement sur le développement intellectuel peuvent être empêchés par une « dotation mentale » qui limite les possibilités de développement en dehors de l'hypothyroïdie (Lewis, 1937 ; Radwin, Michelson, Berman et Kramer, 1949). Ces derniers auteurs constatent la persistance, même chez les sujets qui

(1) Hôpital psychiatrique de Vaucluse, Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise).

ont atteint un quotient intellectuel normal, d'un type de comportement nettement anormal : parole hésitante et souvent mal articulée, mouvements et gestes lents, euphorie, rires immotivés, sourires et gestes sans but apparent, maniérisme et manifestations émotionnelles différentes de celles des adolescents ou adultes pleinement normaux, difficultés à réussir dans l'étude des matières intellectuelles (meilleure réussite manuelle).

Delay (1950) a insisté sur le fait que les signes électro-encéphalographiques qu'il avait décrits avec Bertrand et Guillain (1938) chez les idiots myxœdémateux (ondes lentes du type delta, se substituant plus ou moins à l'activité alpha) sont le fait de l'idiotie complète avec atrophie cérébrale, de déterminisme non thyroïdien. Ces anomalies électro-encéphalographiques ne sont pas redressées et leurs porteurs ne sont pas améliorés intellectuellement par l'opothérapie thyroïdienne (cf. aussi Mai et Schafer, 1953).

Tous les auteurs insistent sur la nécessité absolue d'adjoindre les thérapeutiques médico-pédagogiques, habituellement utilisées chez les arriérés, à l'opothérapie.

On doit donc retenir que tout se passe comme si l'opothérapie thyroïdienne n'agissait pas sur le cerveau comme elle agit sur les tissus somatiques des myxœdémateux congénitaux. Nous devons par conséquent réviser la notion volontiers admise (sans preuve) que l'oligophrénie myxœdémateuse est liée à un trouble du développement cérébral déterminé, comme le trouble du développement somatique, par l'absence ou l'insuffisance d'hormone thyroïdienne.

Déjà les données anatomo-pathologiques, dans la mesure où elles sont utilisables (la plupart des auteurs décrivent complaisamment des artéfacts sans valeur) peuvent nous indiquer qu'à travers toutes sortes de lésions contingentes, les myxœdémateux congénitaux ne présentent guère, comme l'ont fait remarquer récemment Decourt, Gruner et Lapresle (1950, bibliog.), *constamment*, que de très légers retards évolutifs comme des nodules du type immature dans la partie antérieure de l'hypothalamus au voisinage de la commissure antérieure, une disposition périvasculaire très marquée des éléments nerveux, dans la substance de Reichert. Le cortex cérébral est — sauf processus supplémentaire — normalement développé (les images de Marinesco, 1924, sont manifestement erronées par suite d'erreurs topographiques évidentes). La plupart de ces cas montrent des lésions répondant aux processus les plus divers.

Pour savoir quel est le rôle de l'hormone thyroïdienne dans le développement du névraxe, seule l'expérimentation peut nous renseigner. Depuis plusieurs années, je me suis attaché à ce problème expérimental. J'ai été surpris de l'absence à peu près complète de travaux expérimentaux concernant le rôle de l'hormone thyroïdienne dans le développement du système nerveux.

La thyroïdectomie chimique par administration à des rates ges-

tantes de thiouracile a été réussie par Barker (1949) et Barrnett (1950). Les auteurs ont obtenu des rats d'aspect crétinoïde curable ; mais aucune étude histologique du système nerveux n'a été faite. J'ai essayé de reprendre ces expériences en vue de rechercher l'action sur le système nerveux, mais n'ai jamais pu obtenir de fécondation chez les rates soumises aux doses de thiouracile indiquées par les auteurs (100 mg./kg. par jour).

J'ai entrepris une série de recherches basées sur l'action de la thyroxine, d'abord chez les amphibiens, puis chez les mammifères, pour essayer de répondre à la question : quel est le rôle de l'hormone thyroïdienne sur le développement du névraxe ? On comprend l'importance de la réponse en ce qui concerne le pronostic et le traitement des arriérés myxœdémateux.

A) *Recherches chez les amphibiens.* — J'ai montré chez *Rana esculenta* (1949) que les phénomènes de croissances locales et de résorptions locales caractéristiques de la métamorphose thyroïdienne s'accompagnent de modifications très importantes et très significatives de l'appareil olfactif, de l'appareil visuel et du *système nerveux.* En ce qui concerne le système nerveux, la thyroxine en solution très étendue (10^{-7}) provoque une croissance générale de tout le système nerveux central et, surenchérissant sur cette croissance générale, un développement singulièrement plus important de certaines zones. Il est frappant que ces zones privilégiées correspondent à des structures périphériques également pourvues de « sensibles locales » remarquables : organes olfactifs, organes annexes de l'appareil visuel (muscles moteurs de l'œil et glandes lacrymales comme je l'ai montré), membres (comme il est bien connu). On voit nettement réagir :

1° un ensemble muqueuses olfactives-nerfs olfactifs-bulbes olfactifs-archipallium-paléopallium ;

2° un ensemble paupières-glandes lacrymales-muscles moteurs de l'œil-substance grise ventrale du mésencéphale (centres moteurs de l'œil)-tubercules bijumeaux ;

3° un ensemble membres-substance grise ventrale médullaire et ganglions spinaux correspondants-cervelet.

Il est remarquable qu'une telle répartition de la sensibilité à la thyroxine corresponde très exactement *au développement des structures répondant au changement de comportement de l'animal après la métamorphose.*

B) *Recherches chez les mammifères.* — L'action morphogénétique de l'hormone thyroïdienne doit être recherchée, chez les mammifères, sur des embryons ou des fœtus, si l'on veut se trouver dans des conditions comparables au cas des larves d'amphibiens. Mais si l'on veut se placer dans les conditions du myxœdème spontané, il faut s'adresser à des nouveau-nés, puisque ce n'est qu'après la naissance que peut se faire sentir la carence en hormone thyroïdienne que l'hormone maternelle a pu, jusque-là, pallier. Il se trouve que les rats pré-

sentent encore à la naissance des caractères fœtaux très nets, ce qui constitue une circonstance très favorable pour les recherches de ce genre.

J'ai montré que l'injection intra-péritonéale de trois doses quotidiennes de 25 γ de thyroxine à des rats nouveau-nés (les 1er, 2e et 3e jours, ou les 2e, 3e et 4e jours, ou les 3e, 4e et 5e jours) provoquait dès le 8e ou 9e jour l'ouverture des yeux (les yeux ne s'ouvrent spontanément que le 14e jour) avec accroissement considérable et maturation des glandes lacrymales, l'ouverture du conduit auditif externe, le redressement des pavillons des oreilles et le creusement de la caisse du tympan, l'affinement du museau, le développement des membres, le développement du tubercule génital chez le mâle et des glandes anales dans les deux sexes (l'accélération de la croissance des poils et des dents, remarquable chez le nouveau-né, était déjà connue chez le jeune). Corrélativement, le comportement des nouveau-nés thyroxinés est nettement plus adulte : ces animaux se tiennent dressés, sortent du nid et explorent la cage dès le 9e jour, alors que les témoins restent encore blottis ou rampent sans sortir du nid. La croissance générale n'est pas affectée avec les doses indiquées, de l'ordre de 75 γ (elle est très ralentie avec des doses plus fortes voisines des doses léthales).

Dans l'ensemble, la thyroxine à doses modérées (75 γ) n'agit pas sur la croissance générale, mais déclenche des phénomènes de croissance et de maturation dans les zones sensibles particulières : tête, museau, yeux (pour les paupières, la maturation n'est pas un phénomène de croissance mais d'histolyse), oreilles (avec encore un phénomène d'histolyse pour le mésenchyme de la caisse du tympan), membres, tubercule génital chez le mâle, glandes anales dans les deux sexes, dents, poils (1). Il est remarquable que les structures développées sous l'action de la thyroxine correspondent à l'essentiel de la transformation du nouveau-né en adulte et au passage du comportement du nourrisson au comportement d'adulte.

L'action de la thyroxine est donc tout à fait comparable chez le rat nouveau-né et chez le têtard d'amphibien. Dans les deux cas, il existe des « sensibles locales » à la thyroxine, dont la répartition est telle que, par le jeu de croissances locales (organes sensoriels, membres), ou d'histolyses (queue du têtard, paupières et caisses du tympan du rat nouveau-né), les larves ou les nouveau-nés sont transformés en adultes.

Mais alors que chez les larves d'amphibiens on observe, après administration de thyroxine, des modifications remarquables de tout le système nerveux (avec actions électives surajoutées) chez les rats, rien de semblable ne peut être observé. J'ai soigneusement étudié, en coupes sériées, l'encéphale de rats nouveau-nés témoins et thyroxinés et n'ai jamais constaté de modifications après thyroxine, à part une très légère augmentation de volume du lobe olfactif et une matu-

ration du cortex cérébelleux : accentuation du découpage des lamelles, augmentation du nombre des cellules de Purkinje, légère diminution de la couche fœtale de neuroblastes de la zone moléculaire ; mais le cortex cérébelleux reste du type fœtal pendant près d'un mois, même après thyroxine (1).

Donc, chez les rats, ou bien l'encéphale a acquis à la naissance une maturité telle qu'il ne soit plus sensible à l'hormone thyroïdienne (sauf le cervelet), ou bien cet encéphale n'a jamais été sensible à l'hormone thyroïdienne. C'est à cette dernière conclusion que m'amènent des recherches encore inédites sur les embryons et les fœtus du rat : les sensibilités locales à la thyroxine se développent toutes tard (après la naissance) et n'affectent pas le système nerveux (sauf le cervelet).

Il y a donc là une différence importante avec le cas des amphibiens: le développement du système nerveux est de mécanisme thyroïdien chez les amphibiens et totalement étranger à la thyroïde chez les mammifères (sauf en ce qui concerne le cervelet).

Il semble s'agir là d'un phénomène très général : le passage du mécanisme endocrinien au mécanisme génétique d'une large partie de la morphogénèse, lorsqu'on s'élève des vertébrés inférieurs et mammifères. Il semble se produire, en matière thyroïdienne, ce qui se produit en matière sexuelle : on sait que beaucoup de caractères sexuels qui se développent sous l'action des hormones sexuelles chez les vertébrés inférieurs se développent génétiquement chez les mammifères et notamment chez l'homme (1).

Pour en revenir à l'objet de cette étude, nos conclusions sont nettes : si l'on peut généraliser aux mammifères nos résultats, on ne saurait attribuer au deficit thyroïdien l'arriération des myxœdémateux congénitaux, puisque l'absence de thyroïde ne gêne pas le développement de l'encéphale. Seul le cervelet est influencé mais chez l'homme il n'y a pas, comme chez le rat, persistance d'un cervelet fœtal à la naissance et l'hormone thyroïdienne maternelle a pu suffire à pallier la carence fœtale.

Il n'est donc pas étonnant que l'opothérapie thyroïdienne n'amène pas tous les myxœdémateux congénitaux à un niveau normal. Cette opothérapie agit sur le système nerveux du myxœdémateux congénital comme sur le système nerveux du myxœdémateux acquis: en permettant à ce système nerveux de fonctionner dans de bonnes conditions mais en le laissant au niveau de développement où il se trouve. Elle agit sur le métabolisme mais non sur le développement.

On peut considérer que les seules et discrètes lésions constantes du myxœdème (immaturations hypothalamiques), sur lesquelles ont récemment insisté Decourt, Gruner et Laprésie (1950) sont, non pas la conséquence de l'absence de thyroïde, mais la *cause* de l'absence

(1) Récemment (1953), j'ai montré qu'on obtenait le même effet avec une dose trois fois moindre (25 γ en tout) de triiodothyronine, ce qui tend à confirmer que c'est la triiodothyronine et non la tétraiodothyronine (thyroxine) qui représente l'hormone thyroïdienne.

de thyroïde. On ne comprendrait d'ailleurs pas comment de telles lésions d'immaturation, datant certainement de la vie fœtale, auraient pu se constituer par carence thyroïdienne puisque, pendant toute la vie intra-utérine, l'hormone thyroïdienne maternelle traverse le placenta (après des contestations, ce fait est maintenant bien établi grâce à l'utilisation de l'iode radioactif).

La constatation de lésions analogues dans le myxœdème spontané de l'adulte a amené Decourt, Gruner et Lapresle (1950) à poser l'hypothèse séduisante que myxœdème spontané et myxœdème congénital constitueraient une seule maladie, à manifestation retardée pour le myxœdème spontané, liée à ces agénésies diencéphalitiques (1).

Quoi qu'il en soit, les faits rapportés doivent nous inciter à intensifier, chez nos arriérés myxœdémateux, toutes les thérapeutiques non endocriniennes susceptibles, soit d'utiliser au maximum un système nerveux que l'opothérapie ne fera pas *progresser*, soit, lorsque c'est possible, d'obtenir un progrès du système nerveux par tous les moyens utilisables et notamment neuro-chirurgicaux (action sur l'hydraulique cérébrale, ablation de portions pathologiques, etc...).

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE. — S. B. Barker : *J. of Endocrinology*, 6, octobre 1949, n° 2, pp. 137-144. — R. J. Barnett : *Yale J. Biol. med.*, 1950, t. 22, n° 4, pp. 313-322. — J. Decour, J. Gruner et J. Lapresle : *Annales de médecine*, Paris, 1950, t. 51, n° 4, pp. 352-378 (bibliographie). — J. Delay : *Les traitements biologiques en psychiatrie*, Paris, Masson, 1950. — Mai und Schafer : *Annales Pædiatrici* (revue internationale de pédiatrie), février 1953, 180, n° 2, pp. 65-97. — L. S. Radwin, J. P. Michelson, A. B. Berman and B. Kramer : *Amer. J. of Diseases of Children*, t. 78, n° 6, décembre 1949, pp. 821-843, bibliographie antérieure. — J. Tusques : *Compte rendu de la Société de biologie*, 1949, 163, p. 245 ; *ib.*, p. 332 ; *ib.*, 1951, 165, p. 404 ; *ib.*, 1952, 166, p. 729. — *L'évolution psychiatrique*, 1950, pp. 137-160. — *Compte rendu de l'Association des anatomistes*, 1953, n° 75, pp. 714-717. — Willot : *Thèse de médecine*, Paris, 1937, n° 321 (bibliographie).

Quelques précisions sur la thérapeutique par le sommeil en psychiatrie. Sommeil et narcose, danger des facteurs toxiques, par M. H. Baruk.

Le développement considérable de la thérapeutique par le sommeil depuis ces dernières années nous incite à rappeler quelques données essentielles trop oubliées.

1° On confond trop souvent sommeil d'une part et d'autre part hypnose et narcose.

Le sommeil est un état essentiellement réversible, superposable aux phénomènes normaux, physiologiques, qui se produisent toutes les nuits chez l'homme normal. L'hypnose et la narcose constituent des *phénomènes anormaux*, difficilement ou non réversibles, caractérisés par la suspension des mécanismes de contention et de régulation

(1) Une étude spéciale est en cours, concernant le diencéphale et l'hypothalamus qui n'ont pu être étudiés comparativement que très sommairement.

volontaire, avec la libération du psychisme automatique ; il s'agit, non d'une suspension légère et parfaitement réversible de la conscience, mais d'une altération et d'une perturbation de la conscience comparable à celle qui se produit dans les psychoses. La différence qui sépare l'hypnose de la narcose, toutes deux très comparables cliniquement, réside dans la différence de la cause qui les produit : action psychologique suggestive et d'épuisement pour l'hypnose, action toxique par la narcose.

2° Les conséquences de cette action toxique sont beaucoup trop négligées en ce qui concerne les thérapeutiques du sommeil actuelles qui utilisent des hypnotiques variés (barbituriques, amytal sodique, etc..., ou des ganglioplégiques comme le 4560). Cette action toxique introduit un facteur pathogène et psychogène capital, susceptible d'aggraver la maladie. On sait en effet l'importance considérable des facteurs toxiques dans la genèse des psychoses. Ces facteurs toxiques diminuent la personnalité, favorisant l'onirisme, les hallucinations, et empêchent la solution des conflits. Nous avons observé, depuis la pratique nouvelle des cures de sommeil, des malades en proie à des conflits psychologiques qui paraissaient calmés pendant le sommeil et qui, dès la fin de leur traitement, ont vu leur état très nettement aggravé. Une étude psychologique attentive des conflits et leur solution, de même que la chitamnie (1), se sont montrées beaucoup plus efficaces qu'une thérapeutique non spécifique et non étiologique. En plus, on sait l'énorme importance des *perturbations digestives, notamment hépato-intestinales,* dans les troubles nerveux ou mentaux ; les cures actuelles de sommeil retentissent presque toujours sur le foie, les reins, et aussi sur les intestins (constipation), et cet effet est très nocif. Chez une de nos malades, une cure de sommeil pratiquée de façon intempestive, chez une personne préalablement atteinte de colibacillose, a réveillé à deux reprises une pyélonéphrite à colibacilles, avec hallucinations, onirisme, et état mental très sérieux, avec accès catatonique. A maintes reprises, nous avons vu des mélancoliques aggravés par les mêmes raisons.

3° Pour ces diverses raisons, la cure de sommeil ne réalise pas le but qu'elle s'est proposé.

Elle constitue un moyen précaire et inefficace de psychothérapie, et nous avons déjà insisté sur ces points dans nos travaux relatifs à la narco-analyse.

Il n'est nullement prouvé que les produits utilisés mettent vraiment le cortex au repos. Les travaux physiologiques relatifs aux barbituriques, à l'amytal sodique et au 4560 ne permettaient pas de conclure à une vraie mise au repos du cortex. En ce qui concerne le 4560, les travaux expérimentaux que nous avons poursuivis sur le singe, avec

(1) H. Baruk. — La chitamnie. *Société médico-psychologique*, 26 novembre 1951. *Annales médico-psychologiques*, 109e année, tome II, n° 5, décembre 1951, pp. 567-569, et à paraître une étude d'ensemble dans *L'évolution psychiatrique*.

Rougerie, Verdeaux et Vallancien, et que nous avons communiqués dans un film au récent congrès de Lisbonne (1), nous ont montré un effondrement de la circulation cérébrale, qui n'est pas sans inconvénient sur le fonctionnement du cortex. C'est peut-être par suite de cette réduction de la circulation cérébrale que le produit donne parfois des résultats intéressants, semble-t-il, dans la manie aiguë. Par contre, son utilisation systématique dans tous les états dépressifs ou névropathiques semble très exagérée et parfois nocive.

La thérapeutique de sommeil, qui a donné lieu à des travaux nombreux et intéressants, et dont on trouvera une étude complète et remarquable dans le récent ouvrage de Ancel (de Lyon) (2) ne doit pas toutefois être considérée comme une panacée, et de nombreuses erreurs et insuffisances en perturbent souvent les indications ou l'application.

Thérapeutique par le sommeil par le scopochloralose. Méthode de mise au repos du cortex cérébral, par M. H. Baruk.

Les nouvelles méthodes de thérapeutique par le sommeil (qui diffèrent des méthodes précédentes) sont issues des travaux de Pavlov. Ces travaux ont attiré l'attention sur le rôle du cortex cérébral dans la genèse de réflexes constitutionnels pathologiques. On a donc pensé qu'il y avait intérêt, au point de vue thérapeutique, à trouver une médication de mise au repos du cortex cérébral.

Les méthodes médicamenteuses en usage actuellement, telles que les barbituriques, l'amytal sodique, le 4560, réalisent des actions médicamenteuses compliquées, qui débordent de beaucoup le cortex cérébral et perturbent de façon diffuse tout le système nerveux. De plus, ces méthodes ne réalisent pas le sommeil, mais, ce qui est tout à fait différent, une narcose avec toutes ses conséquences toxiques. Il est assez difficile de trouver un produit qui réalise les deux conditions que nous venons de rappeler : d'une part un repos du cortex et d'autre part sommeil vrai.

Or le scopochloralose réalise exactement ces deux propriétés. Les travaux initiaux de Ch. Richet avaient déjà montré l'action élective du chloralose sur le cortex cérébral, qui est inhibé de telle façon qu'on voit parfois se réaliser chez l'animal une véritable cécité psychique.

La scopolamine renforçant l'action du chloralose, la scopochloralose détermine encore plus rapidement et plus nettement cette inhibition

(1) Congrès de neurologie international de Lisbonne, septembre 1953. Film montrant l'action du largactyl sur la circulation cérébrale chez le singe.

(2) J.-M. Ancel (avec la collaboration de Francis Peillet). — *La thérapeutique par le sommeil. Physiopathologie, technique, indications* (préface du Pr Wertheimer), 1 vol., Paris, Masson, 1953.

corticale, comme nous l'avons vérifié dans nos études expérimentales avec le Dr Massaut (1).

D'autre part, en clinique humaine, le scopochloralose détermine un sommeil vrai, très facilement réversible, analogue au sommeil physiologique normal, sommeil accompagné d'un ralentissement du pouls, d'une augmentation de l'indice oscillométrique, et d'une légère baisse de la tension artérielle, c'est-à-dire déterminant une véritable détente neurovégétative. Ce n'est qu'en employant des doses très fortes que l'on peut voir survenir un état voisin de la narcose, état qui n'existe pas aux doses thérapeutiques habituelles.

Le scopochloralose constitue donc la méthode de choix pour réaliser la thérapeutique par le sommeil dans l'esprit des travaux de Pavlov. Il reste à préciser dans quels syndromes psychiatriques cette thérapeutique est indiquée. Les recherches incessantes que nous poursuivons sans relâche depuis 1933 (2) sur le sujet, seul, ou avec nos collaborateurs, recherches cliniques, physiologiques et thérapeutiques, nous ont montré que si le scopochloralose et, d'une façon générale, la thérapeutique par le sommeil, peut donner des résultats intéressants dans divers syndromes psychiatriques ou neurologiques, en particulier dans la *manie* et l'hypomanie, dans certaines chorées, dans les syndromes extra-pyramidaux, parfois dans certains syndromes anxieux, il existe surtout un syndrome dans lequel l'effet du scopochloralose est puissamment curatif et détermine des résultats spectaculaires, c'est l'hystérie, qu'il s'agisse de paralysies, de contractures, de crises nerveuses hystériques, etc...

Comment peut-on expliquer l'action si remarquable de ce produit en pareil cas, action si caractéristique que les cas où nous l'avons vu échouer se sont avérés ensuite comme ne ressortissant pas à l'hystérie ? C'est que dans les manifestations de syndrome hystérique il existe une hyperexcitabilité spéciale du système nerveux, s'accompagnant d'une hyperexcitabilité sympathique, comme nous l'avons mis en évidence avec Racine (3). Mais cette hyperexcitabilité est purement dynamique, et il suffit pour la vaincre de la mise au repos momentanée du cortex. C'est ce que réalise le scopochloralose.

Par contre, dans les cas où il existe des lésions corticales génératives d'épilepsie, le scopocholoralose, loin d'améliorer ces états, les accentue et provoque de nouvelles manifestations épileptiques. C'est pourquoi le scopochloralose est un sensibilisant de choix pour le diagnostic électroencéphalographique de l'épilepsie, comme nous l'avons mis en évidence avec Delay, Verdeaux et Joubert. Ajoutons

(1) H. Baruk et Massaut. — *Annales médico-psychologiques*, novembre 1936, n° 4.

(2) H. Baruk. — *Gazette médicale de France*, 1er janvier 1934. H. Baruk, Gévaudan. — *Annales médico-psychologiques*, juillet 1935 et juillet 1936, *Presse médicale*, 56e année, n° 11, 6 mars 1948, pp. 169-170. Voir *Thèse* de Schachter. — *Thèse*, Paris, 1934, et surtout la *Thèse* de notre élève Joubert. — Le scopochloralose. *Thèse de Paris*, 195 , qui contient une étude complète de la question.

(3) *Revue neurologique*, janvier 1938, n° 1.

que le scopochloralose permet également de contrôler le diagnostic d'hystérie par son action thérapeutique rapide et remarquable.

Le scopochloralose doit toutefois être employé de façon discontinue, son action se poursuivant pendant plusieurs jours après son administration ; il est nécessaire de laisser au moins huit jours de libres avant une nouvelle administration. Cette action discontinue a l'avantage justement d'éviter l'imprégnation toxique, si habituelle dans les thérapeutiques continues utilisées avec des hypnotiques suivant les méthodes désignées sous le nom de cures de sommeil.

Discussion

M. P. Abély. — Par deux fois j'ai expérimenté sur moi-même le chloralose et j'ai chaque fois éprouvé, quelques heures après, des secousses musculaires assez violentes qui empêchaient tout sommeil. Il y avait là une véritable libération de l'automatisme médullaire.

M. D. Santenoise. — J'utilise habituellement dans mon laboratoire, comme anesthésique, chez des animaux d'expérience, le chloralose. Pour éviter des accidents toxiques assez fréquents, il m'a paru obligatoire de débarrasser ce produit des parachloraloses qui lui sont habituellement associés. J'y réussis par un procédé personnel de décantation. En maniant ce produit, il m'a semblé aussi que la marge entre la dose utile, la dose de sécurité et la dose toxique était assez serrée.

M. M. Bachet. — cite un cas d'intoxication grave apparu chez un soldat traité par le chloralose.

M. H. Baruk. — Les secousses musculaires très désagréables sont en effet fréquentes, comme vient de le souligner le Dr P. Abély, mais elles s'observent surtout avec le chloralose impur du commerce, beaucoup moins avec du chloralose chimiquement pur. C'est pourquoi nous employons le chloralosane.

En ce qui concerne la toxicité, tout d'abord il faut rappeler une règle capitale : *l'administration du scopochloralose doit être discontinue*. Nous attendons toujours *au moins huit jours* avant de donner un second cachet. En outre, il faut rester dans des doses modérées le plus souvent (0 cgr. 50), suffisantes pour obtenir le sommeil (parfois même 0 cgr. 25) ; donner le médicament à jeun, le malade étant au lit bien couvert, et en suivant le pouls et la tension artérielle. Notons d'ailleurs qu'il est possible que la scopolamine diminue la toxicité tout en accentuant les effets psychiques favorables. Cependant, nous n'avons jamais observé d'accident avec les précautions que nous venons d'indiquer. Nous venons d'autre part, aujourd'hui même, de voir une malade à qui son médecin avait par erreur donné pendant plusieurs jours six cachets par jour de chloralosane, et qui n'a présenté aucun trouble. Toutefois, il faut rester très prudent en se rappelant qu'un fait de ce genre peut être contredit par des sensibilités individuelles à des doses bien plus faibles.

Utilisation thérapeutique des réactions vaso-motrices provoquées par les prises de sang, par MM. P. Bachet et P. Marchais.

Dans le cadre des thérapeutiques réflexes utilisées au centre psychothérapique de l'hôpital Foch, nous avons été amenés à utiliser les réactions vasomotrices déclenchées en certains cas par les prises de

sang. Les multiples faits que nous avions pu observer lors de l'emploi des méthodes réflexes nous ont permis d'objectiver cliniquement les rapports existant entre les affections dites fonctionnelles, les névroses, voire certaines psychoses, et les perturbations vasomotrices ; rapports qui furent déjà étudiés par divers auteurs et, à ce sujet, rappelons les travaux de H. Baruk, de P. Abély... Dans des publications antérieures, nous avons entre autres signalé l'existence d'un signe objectif de valeur, véritable test de la participation vasomotrice dans l'affection à traiter, qu'elle soit considérée comme névropathique, psychogénique. C'est la douleur provoquée par la palpation profonde du plexus solaire, du lamda artériel abdominal, s'accompagnant parfois d'une douleur au niveau des autres troncs vasculaires (fémorales, carotides...), et qui disparaît ou s'atténue nettement par une excitation cutanée en regard de la douleur, qu'il s'agisse de thérapeutique cutanée ou intradermique. Ce phénomène, aisément constatable, fut pour nous d'un intérêt directeur lorsque nous avons pu constater que la disparition durable de la douleur locale s'accompagnait, dans nombre de cas, d'une réaction vasomotrice générale immédiate et, d'autre part, à distance, de la sédation de l'état dépressif, le plus souvent de type neurasthénique, ou de ses équivalents, qualifiés de névropathiques. Sans admettre *à priori* un dogmatisme vasomoteur absolu, nous ne pouvions toutefois que constater la remarquable corrélation des faits observés. Compte tenu d'observations antérieures, il paraissait donc logique de s'orienter vers l'utilisation thérapeutique des réactions vasomotrices générales, quels qu'en fussent leurs incitateurs. Or, en dehors d'agents chimiques, dont nous ne nous occupons pas ici, il existe des agents purement mécaniques dont l'un, des plus simples et des plus habituels, est la prise de sang au pli du coude.

Celle-ci peut en effet être à l'origine de troubles vasomoteurs aisément constatables, dont les moindres sont une réaction sudorale, un léger malaise, une impression de vertige, etc... Afin de pouvoir utiliser cette réaction physiologique dans un but thérapeutique, il convient de déclencher d'emblée la plus forte réaction possible. Il suffit de sensibiliser le sujet à celle-ci en lui faisant en position debout, au milieu d'une pièce en atmosphère confinée et en l'obligeant à regarder l'opération. L'excitation doit être suffisamment prolongée. On peut s'aider au besoin, mais non toujours, d'un inducteur constitué par la présence d'un autre sujet ayant une vive réaction à une prise de sang faite en des conditions identiques, ou encore s'aider d'une fixation prolongée d'un coton imbibé du sang prélevé. Dès lors il est possible d'obtenir une violente réaction vasomotrice, s'accompagnant de sueurs, de tremblements, de tachycardie, de nausées, et allant jusqu'au vomissement et à la lipothymie. Or, et conformément à ce que l'on pouvait s'attendre, la répétition de cette prise de sang, faite dans les mêmes conditions, s'accompagne de réactions vaso-

motrices progressivement décroissantes en intensité, de telle sorte qu'elle finit par être parfaitement supportée sans le moindre trouble apparent. C'est alors que l'observation montre un fait capital. Parallèlement à l'atténuation et à la disparition des réactions vasomotrices, on peut constater l'atténuation ou la disparition des troubles présentés initialement par le malade, ce malade venant dans le but défini qui est la disparition des troubles, et se rendant rapidement compte, soit immédiatement, soit dès la seconde épreuve, que la réaction lipothymique provoquée est dirigée contre le trouble pour lequel il consulte. Dès lors, il nous sembla possible d'atteindre par cette technique nombre de symptômes ayant une participation vasomotrice, à condition naturellement que la réaction provoquée existe plus ou moins importante. A côté d'échecs évidents, sur lesquels nous reviendrons, les faits semblent nous confirmer cette hypothèse. C'est ainsi que nous avons pu guérir des maladies lipothymiques dites névropathiques ou vagotoniques des traités classiques, lesquelles sont les plus fréquentes et s'associent à des phénomènes spasmodiques ; des douleurs justiciables de sympathicothérapies diverses, mais où celles-ci paraissent insuffisantes ; des agoraphobies ou autres phobies à forte participation vasomotrice, puisqu'elles surviennent en même temps que des sensations vertigineuses, des lipothymies, ce trouble apparaissant primitif à la crainte, laquelle prend secondairement une allure franchement phobique (agoraphobie, claustrophobie, par exemple). Nous relaterons quelques observations :

Observation 1. — M. D..., 51 ans, souffre de céphalées frontales, bitemporales et sus-orbitaires, survenues la première fois en 1928 à l'occasion d'une sinusite frontale. Opéré à cette époque, il ne souffre plus jusqu'en 1941, date à laquelle survient une seconde sinusite. Nouvelle intervention qui le calme pendant une année, mais réapparition des douleurs sans qu'aucune cause locale ne puisse être décelée. Les sympathicothérapies tentées par les oto-rhino-laryngologistes le soulagent complètement, mais pendant 24 heures seulement. Il en est de même pour nos réflexothérapies cutanées, intradermiques, sinusales, et les techniques d'inhibition. Le résultat favorable existe, mais il demeure transitoire, et le malade se plaint toujours de douleurs frontales, d'impression de casque pénible, de craquements dans la région médio-frontale. C'est alors que nous lui faisons une prise de sang. La première s'accompagne d'une forte réaction vaso-motrice avec sueurs, pâleur, impression de tête qui tourne et de jambes qui fléchissent, malaise prononcé. Les douleurs préexistantes diminuent nettement. Cette prise de sang est répétée toutes les 48 heures et détermine des réactions moins violentes. Dès la quatrième, elle est très bien supportée et les douleurs frontales ont nettement régressé. Cette technique est poursuivie pendant quelque temps et progressivement espacée afin de consolider l'effet obtenu. Suivi régulièrement tous les quinze jours, ce malade ne souffre plus ou de façon intermittente et supportable, alors qu'il souffrait de douleurs constantes et intolérables depuis plus de dix ans. Nous avons actuellement pour ce malade un recul de près de trois mois.

Observation 2. — M. C..., 41 ans, consulte pour une douleur de la nuque et de la région lombaire s'accompagnant d'insomnie, troubles durant depuis plusieurs mois et consécutifs, semble-t-il, à un accident de travail. En fait, il se présente comme un sujet atteint d'un syndrome anxieux dépressif chez lequel on objective le lamda douloureux abdominal. Une réflexothérapie à ce niveau amène une amélioration de la douleur de la nuque mais n'entraîne aucune amélioration sur la douleur du dos ni sur les troubles du sommeil. Une prise de sang est alors faite. Elle détermine une vive angoisse avec impression de douleur sourde épigastrique, d'oppression thoracique suivie d'une violente réaction vaso-motrice avec sueurs, léger tremblement, pâleur, bâillements, forte tendance lipothymique. Parallèlement, la douleur du dos a disparu. Les trois jours suivants, le malade se sent très fatigué mais la douleur est devenue plus minime. Après la troisième prise de sang, beaucoup mieux supportée et ne déterminant plus que quelques sueurs, le malade ne souffre plus, seule persiste l'insomnie, qui résiste aux prises de sang suivantes, et qui est rapidement amendée par quelques séances de détentes. Ce malade ne présente plus aucun trouble depuis deux mois.

Tels sont les résultats obtenus par la technique usuelle de déconditionnement à la prise de sang. Toutefois, en certains cas, l'extinction des réactions vasomotrices aux prises de sang répétées ne se produit pas, on peut alors être amené à une technique dérivée. On utilise préalablement, par exemple, une excitation qui provoque elle-même de fortes réactions vasomotrices (forte irritation cutanée de la région solaire, par exemple), et qui permettra dès lors l'extinction des réactions à la prise de sang. Sans doute ne peut-on alors attribuer les résultats obtenus à cette prise de sang, mais ce phénomène expérimental est un appoint important en faveur d'effets thérapeutiques survenus à la suite d'une extinction progressive de réactions vasomotrices à une excitation périphérique. C'est notamment ce qu'il se passe pour les prises de sang, étant donné l'extinction-témoin des réactions vasomotrices à cette technique dans les cas particuliers précités, et dont l'observation suivante nous fournit l'exemple.

M. M..., 38 ans, se plaint d'une asthénie particulièrement intense depuis quatre ans et de pertes de connaissance au récit ou à la lecture d'accident, d'opération, de blessure. En outre, on note l'existence d'étourdissements dans les rues, de maux de tête fréquents, de nausées, de vomissements en voiture. Dans les antécédents, on retient une cure sanatoriale en 1938 pour une affection pulmonaire ne manifestant plus depuis longtemps de signes d'évolutivité. Fait important à noter, ce malade a toujours eu des syncopes à toute piqûre, aux prises de sang, depuis une vaccination antivariolique à l'âge de cinq ans. A l'examen, vive sensibilité à la palpation du lambda artériel abdominal. Les prises de sang faites dans un but thérapeutique amènent une lipothymie franche avec pâleurs, sueurs, effondrement tensionnel. Malgré leur répétition, la réaction est toujours aussi nette et importante. On fait alors précéder la prise de sang par une réflexothérapie intradermique solaire, qui déclenche à elle seule de vives réactions vaso-motrices similaires à celles obtenues par les prises de sang. Celle-ci, faite aussitôt après, est bien supportée. En trois séances couplées d'intradermique et de

prise de sang, les réactions vaso-motrices sont progressivement éteintes cependant que la sensation d'asthénie disparaît. Au bout de cinq séances, le malade peut être considéré guéri. Régulièrement suivi, ce sujet a repris son travail, tous les troubles antérieurs ont disparu, les piqûres n'entraînent plus d'effets vaso-moteurs apparents. Nous avons actuellement pour ce malade un recul de plus de cinq mois.

Cette méthode est une réflexothérapie. Quelques observations, en nombre il est vrai limité, semblent indiquer, dans la production de ces phénomènes vasomoteurs de type lipothymique, un point de départ périphérique. Cependant le facteur à point de départ central est certainement prédominant dans de nombreux cas. Restant provisoirement prudents dans toute interprétation pathogénique, nous pouvons actuellement faire état d'une vingtaine de malades soulagés par cette technique et qui présentaient des troubles depuis plusieurs mois ou plusieurs années. Les échecs s'observent chez les malades qui présentent à l'épreuve la plus grande indifférence, tant psychique que vasomotrice. Ils concernent d'autre part certains malades, qui réagissent par de franches lipothymies, lesquelles s'épuisent aux épreuves successives, mais ne s'accompagnent pas du résultat favorable qu'elles faisaient augurer. Tout semble alors se passer comme si le trouble apparent et le choc vasomoteur ne pouvaient être suffisamment conditionnés l'un à l'autre. Enfin, comme toute réflexothérapie, elle se heurte, bien entendu, aux cas où la situation psychogénique est insoluble.

Discussion

M. H. Baruk. — La piqûre de la veine détermine des modifications réflexes, que l'on peut mettre en évidence expérimentalement. C'est ainsi qu'avec Briand, Camus et Cornu, j'ai publié l'existence de modifications du rythme respiratoire par piqûre de la veine chez le lapin intoxiqué par les sels biliaires.

Traitement de quelques cas d'épilepsie par un nouvel anti-épileptique : la -n- benzyl beta chloro propionamide, par Mlle G. Ganidel, MM. P. Merveille, A. Quevauvilber et J. Thuillier.

La liste des médicaments actifs dans les syndromes épileptiques ne cesse de s'accroître depuis quelques années.

Nous rappellerons brièvement qu'en dehors des bromures et des barbituriques les grandes étapes de la chimiothérapie de l'épilepsie ont été marquées par les dates suivantes :

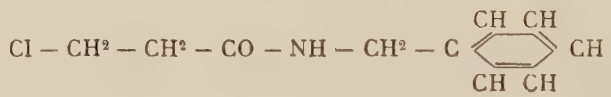
1937 : phénitoine (di-hydan, solantyl).
1945 : oxazolidines (tridione, épidione, triméthadione, paradione).
1948 : phénacétylurée (épiclase, phénuron).

1951 : méthyl-phényl-succinimide (lifène).
phényl-éthyl-hexahydropyrimidine (mysoline).

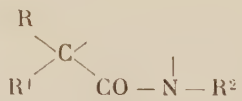
Ces produits présentent chacun des avantages et des inconvénients ; les uns sont plus efficaces sur certaines formes d'épilepsie, les autres sont moins toxiques.

Il faut remarquer que les médicaments qui nous sont proposés depuis 1950, et en particulier la méthyl-succinimide, sont des molécules presque entièrement dépourvues de toxicité, qui ne donnent pas d'accidents allergiques et pratiquement aucune modification de la formule sanguine. Leur posologie peut ainsi être forte et se rapprocher de la posologie des « médicaments aliments ».

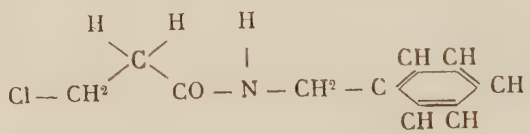
C'est un autre médicament de ce type que nous avons essayé ; nous rapportons ici les observations cliniques des premiers malades que nous avons traités. Ce médicament est la N.-benzyl-béta-chloro-propionamide :



La structure chimique de ce corps peut encore rentrer dans le schéma général des anti-épileptiques que nous avons déjà donné ailleurs (1).



En effet, la N.-benzyl-béta-chloro-propionamide (N.B.C.P.), qui possède une structure chimique aliphatique (amide d'acide gras), contient néanmoins un cycle potentiel et on peut l'écrire :



La N.-benzyl-béta-chloro-propionamide a été étudiée aux U.S.A. par Kaplan et Maslanka (*Diseases of the Nervous System.*, 1952, 13, n° 3) et par la section de neurologie de la faculté de médecine de l'université de Memphis (*Arch. of Neurology and Psychiatrie*, juin 1952, vol. 62, p. 815-820).

L'un de nous (A. Quevauviller) publiera par ailleurs l'étude pharmacologique détaillée de ce produit. Nous dirons simplement ici que

(1) G. Ganidel, J. Thuillier, M. Henne. — *Annales médico-psychologiques*, 1953, 2, n° 3, pp. 348-353.

la toxicité aiguë de ce produit sur la souris, le rat et le lapin est d'environ 3,20 par kg. La dose anticonvulsivante pour la crise électrique chez le rat est de 50 mgr. par kg. et chez le lapin de 200 mgr. par kg. La dose protégeant la crise cardiazolique chez le lapin est de 100 mgr. par kg. Ces chiffres permettent d'apprécier la grande marge thérapeutique du produit.

Nous avons administré le produit à des adolescents pensionnaires à l'institut médico-pédagogique pour épileptiques de Bry-sur-Marne. Les examens électro-encéphalographiques ont été faits au laboratoire de l'hôpital Henri-Rousselle. Les malades sont en traitement depuis juillet 1952. Les résultats que nous publions portent donc sur un traitement de trois mois seulement, mais présentent néanmoins une certaine valeur.

Observation 1. — Arlette R..., 15 ans. Les crises sont apparues à l'âge de 8 ans. Crises typiques généralisées. Environ une à trois crises par mois, très régulièrement, malgré un traitement par nésal et solantyl... Troubles du caractère très importants. Le 15 juillet 1953, on établit le traitement suivant : 2 cuillérées à café de nésal, 2 comprimés de solantyl et 1 gr. 80 de N.B.C.P., soit 6 comprimés. Le 29 juillet, on supprime une cuillérée de nésal ; le 26 août, on ajoute deux comprimés de N.B.C.P. (2 gr. 40 en tout) et supprime la 2e cuillérée de nésal. Le 17 septembre, on porte la dose de N.B.C.P. à 10 comprimés (3 gr.), et on supprime 1 comprimé de solantyl. Actuellement, la malade reçoit chaque jour 10 comprimés de N.B.C.P., 1 comprimé de solantyl et 1 cuillérée à café de nésal. La dernière crise remonte au 28 août. La malade n'a donc pas eu de crise depuis deux mois. De plus, on note une très nette amélioration du caractère. Cette malade, qui présentait des crises de colère avec impulsion, opposition, n'est plus signalée par le personnel soignant pour ses sautes d'humeur. Le résultat est donc, dans l'ensemble, marqué par une très nette amélioration des crises et des troubles caractériels. Les examens hématologiques pratiqués récemment n'ont pas montré de modification de la formule sanguine. Le tracé électro-encéphalographique est toujours perturbé, mais l'amélioration clinique est indiscutable.

Observation 2. — Mireille T..., 14 ans. Apparition des premières crises à l'âge de 12 ans. Crises typiques généralisées avec, en plus, des absences et de très nombreux malaises. Perte brutale de tonus, chute après quelques pas en avant. Redressement postural presque instantané. Cette malade présente également de très importants phénomènes névropathiques et des troubles caractériels avec opposition systématique, violences. Le nombre des crises chaque jour est si grand, et l'ensemble des phénomènes cliniques si intriqué qu'il est impossible de dénombrer exactement ceux-ci. Le 20 juillet, au traitement de la malade, qui comprend 0 gr. 30 de gardénal et 3 comprimés de solantyl, on ajoute 6 comprimés (1 gr. 80) de N.B.C.P. Début août, on essaie de diminuer le gardénal, mais les crises s'accentuent, et on est obligé de revenir à 0 gr. 30 par jour. En septembre, néanmoins, on peut diminuer le gardénal. Actuellement, la malade reçoit chaque jour 10 comprimés de N.B.C.P., 0 gr. 20 de gardénal et 2 comprimés de solantyl.

Un mois après le début du traitement, les malaises peuvent enfin être

dénombrés. Au mois de septembre, enfin, les crises ont changé d'aspect. Il s'agit maintenant surtout d'absences, mais aussi de crises typiques et de malaises d'une forme très différente, consistant principalement en cris avec quelques mouvements convulsifs des mains, sans perte complète de conscience. Le caractère est considérablement amélioré.

L'examen hématologique pratiqué le 8 octobre dernier est normal. L'électro-encéphalogramme en date du 12-10-53 est ainsi rédigé : « Tracé de base nettement amélioré » ; cependant, on observe encore une ou deux bouffées de complexes pointe-onde, et une très forte réaction à l'hyperpnée.

Observation 3. — Simone M..., 17 ans. Première crise à 7 ans. Crises typiques. Trois à cinq crises par mois. Rares absences. Peu de troubles du caractère, mais bradypsychie importante.

Le 15 juillet, à son traitement qui comprend : isonal 0 gr. 45, azigol 3 comprimés, on ajoute 6 comprimés de N.B.C.P. Par la suite, on diminue les barbituriques et on augmentera le N.B.C.P. Actuellement, la malade prend quotidiennement 10 N.B.C.P., 2 comprimés d'azigol et 0 gr. 20 d'isonal. Dans la première quinzaine d'août, alors qu'on avait diminué brutalement les médicaments antérieurement pris, la malade avait fait cinq crises. Depuis cette recrudescence, passagère, et jusqu'à maintenant, la malade n'a plus fait que deux crises.

L'amélioration est certaine. Les crises ont diminué de fréquence, malgré l'abaissement des doses de barbituriques. La malade est moins bradypsychique.

L'examen hématologique pratiqué récemment n'a pas montré de perturbation de la formule sanguine. Le tracé électro-encéphalographique est identique à ce qu'il était au mois de juillet.

Observation 4. — Ginette T..., 18 ans. Première crise à l'âge de 9 ans. Crises typiques, en moyenne trois par mois.

Le 4 août 1953, son traitement consiste en 2 comprimés d'alepsal (0 gr. 05), 2 comprimés de mélantoïne, on y ajoute 6 comprimés de N.B.C.P. Progressivement, on augmente le N.B.C.P. mais on ne peut que supprimer 1 comprimé de mélantoïne. Actuellement, la malade reçoit chaque jour 8 N.B.C.P., 2 alepsal à 0 gr. 05 et 1 comprimé de mélantoïne. Il n'y a pas eu de diminution des crises. La malade accuse néanmoins une amélioration subjective, elle déclare : « Je n'ai plus les trous noirs que j'avais avant. » On n'avait cependant jamais constaté d'absence.

Le tracé électro-encéphalographique actuel est très perturbé, et n'est pas amélioré par rapport au précédent.

Observation 5. — Jacqueline D..., 15 ans. Première crise à l'âge de 11 ans. Crises typiques, nombreuses. Troubles du caractère.

Au traitement antérieur, qui comprenait : gardénal 0 gr. 20, solantyl 2 comprimés, on ajoute au mois d'août 4, puis 6, et enfin 10 comprimés de N.B.C.P. Actuellement, la malade reçoit 0 gr. 20 de gardénal et 10 comprimés de N.B.C.P.

On n'a pas noté de changement dans le nombre des crises, mais la malade a moins de malaises et ne fait plus de crises en séries. Le tracé électro-encéphalographique est cependant nettement amélioré par rapport aux précédents.

Observation 6. — Colette M..., 15 ans. Début des crises à 9 ans. Crises généralisées typiques. Assez régulièrement, trois crises par mois. Traitement : 2 comprimés de di-hydan, gardénal 0 gr. 10, nésal 2 cuillérées à café. Les troubles du caractère sont importants. Opposition, attitude querelleuse. On ajoute au traitement de la malade 6, puis 10 comprimés de N.B.C.P. Actuellement, la malade reçoit 10 comprimés de N.B.C.P., 0 gr. 15 de gardénal et 1 comprime de di-hydan.

Pendant un certain temps, au début du traitement par le N.B.C.P., les crises avaient un déroulement plus brutal. La malade était projetée au sol avec une violence extrême. En septembre, les crises ont diminué dans leur intensité : perte de connaissance et mouvements convulsifs sans chute. Les crises ont gardé néanmoins la même fréquence. Trois crises par mois. Mais elles laissent la malade moins obnubilée et sans céphalée.

L'amélioration porte surtout sur les troubles du caractère et du comportement. Le travail est meilleur, la présentation est bonne. Les crises de colère sont moins fréquentes et la malade se domine bien mieux.

Le tracé électro-encéphalographique est sans changement par rapport aux précédents. La formule sanguine n'est pas perturbée.

Observation 7. — Monique V..., 8 ans. Les crises remontent à la petite enfance. Crises typiques. Trois à six crises par mois, très violentes. Céphalées fréquentes. Obnubilation, post-crise importante. Bradypsychie. Irritabilité. Un peu opposante. A son traitement, qui comprend 3 comprimés d'isonal à 0,10, 1 comprimé de sédantoïnal, on ajoute le 13 juillet 4 comprimés de N.B.C.P. Progressivement, on augmente le N.B.C.P., 0 gr. 20 d'isonal et 1 comprimé de sédantoïnal.

Cinq jours après le début du traitement par le N.B.C.P., la malade a présenté une crise, la dernière. Elle n'en a pas eu d'autre, depuis trois mois. On a signalé quelques absences, mais mal vérifiées. Par ailleurs, on ne note plus de troubles caractériels.

Le tracé électro-encéphalographique est très amélioré par rapport aux tracés précédents. Dans ce cas, on peut dire que l'amélioration est vraiment spectaculaire.

Observation 8. — Danielle M..., 10 ans. Crises convulsives depuis l'âge de 9 mois. Crises typiques. Environ cinq crises par mois. Quelques absences. (Quelques mouvements convulsifs, ébauche de gestes). Epilepsie psychomotrice. Pas de troubles du caractère. Le traitement habituel comprend : isonal 0 gr. 30, 3 comprimés de sédantoïnal. A ce traitement quotidien on ajoute 6 comprimés de N.B.C.P., que l'on augmentera par la suite. Actuellement, la malade reçoit chaque jour : 8 comprimés de N.B.C.P., 0 gr. 10 d'isonal et 3 comprimés de sédantoïnal. Cette malade a présenté moins de crises, mais un peu plus de malaises.

Le tracé électro-encéphalographique actuel est toujours perturbé, mais la localisation temporale précédemment observée n'existe plus. Dans l'ensemble, l'amélioration est moyenne, sans être spectaculaire.

En conclusion, la N.-benzyl-béta-chloro-propionamide présente une réelle activité anticonvulsivante. Dans certains cas, les résultats ont été spectaculaires, tant sur les crises que sur les troubles caractériels

(observations 1, 2, 3, 7). Dans d'autres cas, seuls les troubles caractériels ont été influencés (observations 6, 8). Deux malades (observations 4, 5) n'ont pas réagi. Les tracés électro-encéphalographiques ont tantôt été influencés favorablement, tantôt, et ceci la plupart du temps, ils n'ont pas été modifiés ; mais il faut tenir compte de la lenteur générale des réactions des tracés sous l'influence du traitement anti-épileptique. Les doses de N.-benzyl-chloro-propionamide doivent être fortes pour être efficaces, en moyenne de 2,40 gr. à 3 gr., mais le médicament est très bien supporté et sa toxicité est nulle. A aucun moment on n'a noté de réaction allergique, d'urines anormales, de modification de la formule sanguine, d'intolérance digestive. Il n'entraîne ni somnolence ni viscosité mentale. Il semble agir avec prédilection sur le Grand mal, il modifie peu les absences. Il a une influence favorable sur les troubles caractériels.

Ces premiers résultats favorables méritent que l'on poursuive les essais cliniques de la N.-benzyl-béta-chloro-propionamide. Un recul plus important permettra de mieux préciser la réelle efficacité de ce nouvel anti-épileptique.

Des émotivités chez les psychopathes, par M. Paul Abély.

Il m'a paru intéressant de rechercher la forme et le degré de réceptivité à l'émotion dans divers types de psychopathies et de voir si cette méthode d'investigation ne permettait pas d'apporter quelque éclaircissement à l'étude encore obscure des réactions émotionnelles. Je désirais contrôler si, à telle psychose, correspondait un ou plusieurs stimuli électifs particulièrement féconds, ou si un même stimulus ne provoquait pas une réaction différente selon la maladie mentale. Peut-être y aurait-il là un élément de diagnostic différentiel si chaque psychose pouvait s'associer à une émotivité particulière.

On sait depuis longtemps que, chez un maniaque, un mélancolique, un schizophrène, apparaissent des réactions émotionnelles très différentes. J'ai tenté d'analyser le comment et le pourquoi de ces différences.

Le test de Rorschach, s'inspirant surtout des chocs émotifs dérivant des taches noires, des couleurs et des formes, a déjà apporté en cette matière des indications. Notre regretté collègue, H. Codet, trop précocement disparu, avait, en 1927, présenté à cette même société une étude très intéressante sur les réactions émotives. Il disait que celles-ci variaient considérablement, selon que le sujet possédait un état neurovégétatif particulier, selon qu'il y avait hypervagotonie ou hypersympathicotonie. Depuis cette date, de nouvelles études physiologiques ont montré que le problème était plus complexe et que les dystonies neurovégétatives ne se limitaient pas à ces deux seuls groupes. Ces réactions émotionnelles, il est assez banal de le redire, sont

extrêmement variées dans leur présentation, elles prennent la forme : tantôt de la joie, tantôt de la peur, de l'angoisse ou de l'anxiété, de la colère, de la stupeur, de la panique, etc..., elles peuvent aboutir aux raptus impulsifs multiples, aux symptômes somatiques divers et aller jusqu'à la lipothymie. Elles provoquent des réactions à la fois neurovégétatives et neuromusculaires. Sont-elles spécifiques, dépendent-elles du type et de la durée du stimulus ? C'est là une question encore obscure. Néanmoins, dès maintenant, on peut dire que chez un même sujet, atteint de psychose à double forme, par exemple, le type émotif varie à la fois dans sa forme réactionnelle, mais aussi dans l'électivité des stimuli, la spécificité variant avec la formule thymique. Il y a donc chez lui de brusques modifications de la réceptivité émotionnelle selon les moments de son existence. D'ailleurs chez un sujet normal, relativement bien équilibré, on retrouve aussi cette même variabilité dans la réceptivité émotionnelle. Cela se contrôle aisément, par exemple, selon que le sujet est à jeun, ou après un repas, ou lorsqu'il a absorbé une certaine quantité, même minime, d'alcool.

Une simple phase d'hyper- ou d'hypoglycémie occasionnelle peut aboutir aux mêmes constatations, de même le passage du jour à la nuit. Cette variabilité se retrouve chez les psychasthéniques, les obsédés, les phobiques. Il s'agit cette fois presque toujours d'une forme spéciale, celle de l'émotivité « conditionnée », devenue telle après un premier choc émotif souvent prolongé, itératif, ou après des chocs accumulés dans un temps assez court.

Mais surtout, au cours de ces recherches, il m'est rapidement apparu qu'il importait de différencier le point de départ du stimulus selon qu'il était interne, externe ou combiné. C'est ainsi qu'on arrive obligatoirement à retenir et à préciser le rôle capital que joue l'hypothalamus dans les réactions émotives. Ce n'est certes pas une donnée nouvelle, mais elle se confirme chaque jour un peu plus. C'est lui vraisemblablement qui règle la réceptivité émotionnelle, et celle-ci sera sous la dépendance même de l'état physiologique, biologique et anatomique de cet hypothalamus. C'est cet état très individuel qui dictera l'émotivité, ou, mieux, « *les émotivités* ».

Deux types principaux d'émotivité se retrouvent chez les psychopathes. Ces deux types se différencient par l'origine des stimuli. La première pourrait être appelée externe, ou, mieux, sensorielle. En fait, il semble qu'elle suive le trajet schématique classique, transmission perceptive à l'hypothalamus, puis au cortex, lequel, à son tour, retransmet un influx afférent à l'hypothalamus, qui, alors, amène tout un bouleversement physiologique et métabolique, lequel, enfin, provoque le malaise coenesthésique plus ou moins conscient.

C'est l'ensemble de ces processus qui constitue le choc émotif et la réaction plus ou moins impulsive correspondant à l'anxiété, à l'angoisse ou à l'agressivité.

La seconde peut être qualifiée d'interne ou, mieux, de psychique. C'est la pensée brusquement parasitaire et hyperconsciente du sujet qui crée le premier stimulus. Celui-ci est transmis à l'hypothalamus, lequel déclenche à son tour la brusque anarchie physiologique et neurovégétative.

Dans cette deuxième forme, la réaction est le plus souvent celle de l'anxiété corticale, c'est celle habituelle aux mélancoliques et aux psychasthéniques.

Il est aussi, semble-t-il, une troisième forme plus complexe, où s'associe le stimulus interne et le stimulus externe, l'un des deux précédant l'autre. Il se produit alors une véritable interférence des deux stimuli, pouvant aboutir à la lipothymie, à la syncope, avec véritable blocage diencéphalique.

Cette éventualité se produit surtout, d'après ce que j'ai cru constater, lorsque le stimulus sensoriel suit le stimulus psychique. C'est le type fréquent, qu'on retrouve chez les obsédés et les phobiques, alors qu'au contraire, lorsque le stimulus sensoriel précède le stimulus psychique, on assiste à la réaction stuporeuse, comme cela se contrôle chez les mélancoliques.

Lorsque les centres nerveux essentiels, cortex et sous-cortex, sont profondément bouleversés par une atteinte toxique ou infectieuse, il y a, soit inémotivité complète, c'est le cas du délire aigu, soit émotivité onirique, c'est le cas de la confusion mentale.

La sensiblerie émotive des lésions cérébrales constitue aussi une émotivité anormale, avec hypersensibilité inhabituelle aux stimuli les plus légers, parfois insaisissables, de tels sujets étant en général plus ou moins inémotifs aux stimuli habituels. A ces formes lésionnelles peuvent se rattacher le type émotif des parkinsoniens et des paralytiques généraux. Enfin, une émotivité essentiellement paradoxale est celle des schizophrènes. Elle est apparemment déclenchée par des stimuli psychiques et sensoriels, mais cela d'une façon très atypique, qui échappe aux règles communes. Elle varie d'ailleurs beaucoup d'un type à l'autre. Cette variabilité « des émotivités » et de la réceptivité aux émotions apparaît bien comme réglementée par l'état physiologique et anatomique des centres neurovégétatifs du cortex et de l'hypothalamus.

Réactions émotives à des stimuli complexes mais identiques. — Il ne m'est pas possible de détailler aujourd'hui les techniques stimulisantes auxquelles je me suis adressé. Je le ferai dans une autre présentation.

A cette séance, je vais simplement apporter mes observations découlant de l'emploi de stimuli complexes, mais toujours identiques, sensoriels et psychiques, provoquant à la fois de la surprise, de l'angoisse sensorielle (visuelle, sensitive et auditive), de l'anxiété, je veux parler des injections intracérébrales, que je pratique depuis plus de deux ans et demi. Il s'agit de malades anciens dans leur psychose,

ayant déjà subi sans succès de nombreuses thérapeutiques, et présentant les types cliniques les plus divers.

Pour éviter toute agitation préalable, ils entrent dans le décor émouvant de la salle d'opération sans avoir été avertis (tout au plus leur a-t-on coupé les cheveux la veille sans explication). Ils sont transportés sur la table. Ils ne sont pas anesthésiés. Simplement reçoivent-ils les deux injections sous-cutanées de novocaïne destinées à insensibiliser le cuir chevelu. Ce seront là les stimuli visuels, sensitifs et psychiques. Ensuite, l'intervention sera entièrement indolore ; mais alors surviendra le stimuli auditif, c'est-à-dire la vibration sonore très particulière du trépan électrique, qui pénètre à droite et à gauche dans l'os frontal. Pendant toutes ces phases opératoires, c'est-à-dire pendant quinze minutes environ, le malade subira ces chocs émotifs successifs en pleine conscience.

Quelles vont être les réactions émotives de psychopathes très divers devant ces stimuli identiques ?

J'ai eu tout d'abord une première surprise, celle de constater chez tous les sujets, dès l'entrée dans la salle, une sidération émotive, comme une résignation, une passivité devant l'inévitable. Des malades, très agités habituellement, très opposants ou très impulsifs, dont on craignait l'attitude, demeuraient silencieux et se livraient docilement aux mains du personnel.

Sur 150 cas environ, un seul, un unique sujet opposa une forte résistance et l'on n'insista pas. Il s'agissait d'un homme paranoïde, malade depuis dix ans. En somme, le premier stimulus visuel crée, en général, une sidération affective, quel que soit le type clinique.

Tout au long des phases de l'intervention, ce calme extérieur se maintient d'une façon générale. Seul le stimulus auditif, c'est-à-dire la vibration un peu bruyante du trépan, réveillait chez certains seulement un état anxieux, mais sans agitation importante, les réactions motrices étaient toujours réduites au minimum, comme si chacun avait peur en bougeant de provoquer un incident opératoire. Devant ce calme moteur habituel, si frappant, si constant, je dus m'adresser à d'autres contrôles : prise du pouls, de la tension artérielle, examen des réactions neurovégétatives, des pupilles. C'est là, que selon le cas psychopathique, il m'a semblé pouvoir retenir d'assez nettes particularités : d'abord, chez les déments précoces, se montrait une différence remarquable entre les formes hébéphréno-catatoniques et paranoïdes. Dans une majorité considérable (45 sur 50), les premiers gardaient dès le début et jusqu'à la fin un pouls très calme, une tension normale, ce n'est qu'aux tous derniers moments que le pouls s'accélérait, alors que la tension artérielle baissait de un ou deux degrés. Après l'opération, quand on les replaçait dans leur lit, il y avait alors une forte réaction neurovégétative tardive : sueurs et rougeur de la face. Chez les paranoïdes, au contraire, la réaction émotive était immédiate : pouls très accéléré, mais tension artérielle

basse, tremblements accentués. Vers la fin, tout s'estompait et redevenait normal.

Lorsqu'il y avait insuccès quant aux résultats de cette thérapeutique et qu'on recommençait quelques mois plus tard la même technique, dans les deux catégories de démence précoce, les réactions émotives de la première intervention ne se reproduisaient plus ou étaient très atténuées. Les stimuli semblaient avoir alors perdu leur efficacité, du fait de l'accoutumance et de l'expérience antérieure, cela malgré l'identité du médicament injecté intracérébralement.

Dans les états maniaques récidivants de l'âge adulte, les réactions émotives apparaissent comme assez spécifiques. Fanfarons dans les premières dix minutes, ils ne peuvent cependant dissimuler l'inquiétude, qui se contrôle par une forte tachycardie, la tension artérielle restant basse. Mais, dans les cinq dernières minutes, le pouls se ralentit alors que la tension artérielle monte de un à trois chiffres. Les réactions neurovégétatives sont peu accentuées, on note surtout la mydriase terminale.

Dans les manies dites « chroniques », manies tardives de la ménopause et de la post-ménopause, les réactions sont au contraire très vives, la tachycardie va de pair avec l'augmentation de la tension artérielle, il y a de nettes réactions neurovégétatives, se manifestant surtout par une forte coloration du visage, durant du début à la fin et au delà.

Dans les états mélancoliques, aussi bien de l'âge adulte que de la présénilité, il y a dès le début de fortes manifestations anxieuses, de la tachycardie, des tremblements, une poussée hypertensive, mais dans le dernier tiers de l'intervention apparaît un net apaisement de tout le tableau symptomatique. Les malades semblent surtout hypersensibles au stimuli auditif et l'anxiété atteint à son paroxysme au moment de la trépanation, pourtant indolore.

Lorsque ces états dépressifs s'accompagnent d'un syndrome de Cotard, l'inémotivité est presque totale. Les psychoses hallucinatoires chroniques ont en général les mêmes réactions que les mélancoliques ordinaires, alors que celles des psychoses délirantes interprétatives se rapprochent beaucoup de celles des maniaques.

Dans les névroses obsessionnelles et psychasthéniques, les manifestations du choc émotif sont très disparates, les unes sont « basses », les autres « hautes », en hyper- ou en hypo-, s'identifiant cependant assez souvent avec le type paranoïde et apparaissant surtout au début. C'est chez de tels sujets qu'on note aussi l'extrême variabilité des réactions neurovégétatives, tantôt tachycardie et hypotension artérielle, tantôt bradycardie et hypotension, tantôt bradycardie et hypertension, rarement tachycardie et hypertension parallèles. Il y a le plus souvent une discordance entre le pouls et la tension artérielle. Les stimuli sensoriels semblent à eux seuls peu efficaces.

J'en arrive à la série des hypocondriaques, dont les préoccupations

s'accompagnent fréquemment de tendances paranoïaques. Ce sont les plus récalcitrants, les plus trémulants, les plus peureux, d'ailleurs beaucoup plus angoissés qu'anxieux véritables. Ici, encore, on note une habituelle discordance entre le pouls et la tension artérielle, alors que la tachycardie est habituelle, la tension artérielle, en général normale, bouge peu.

Le dernier groupe sur qui j'ai eu à intervenir est celui qui concernait des troubles sensitifs importants, ou de grands cénestopathes. Chez de tels sujets, la réaction émotive est très faible. Ils sont confiants et résignés. Certains, après avoir été temporairement soulagés, redemandent d'eux-mêmes une nouvelle intervention ; telle cette vieille malade, légèrement affaiblie intellectuellement, atteinte d'un hémisyndrome thalamique de Roussy, particulièrement douloureux, qui était toujours volontaire pour une nouvelle intervention et qui la réclamait.

Obligé de limiter aujourd'hui cette présentation déjà longue, je ne tenterai pas d'interpréter ces premiers résultats, me réservant de le faire au cours d'une deuxième publication, après avoir exposé d'autres techniques, cette fois électives, d'investigations stimulisantes émotionnelles.

Je peux simplement retenir de ces premières constatations :

1° que la douleur physique réelle, importante et prolongée, atténue nettement les réactions émotives ;

2° que la douleur morale les exagère (c'est là un fait curieux, mais contrôlable) ;

3° que les mélancoliques sont surtout hypersensibles aux stimuli auditifs, alors que les maniaques le sont aux stimuli visuels ;

4° que les formes paranoïdes de la démence précoce ont une inactivité rapide, mais vite émoussée, alors que les formes hébéphrénocatatoniques de cette même maladie ont une émotivité neurovégétative tardive, que, dans les deux cas, cette émotion est brève et souvent explosive ;

5° que les plus grands émotifs semblent être les hypocondriaques ;

6° que souvent, mais surtout dans les névroses obsessionnelles, les réactions purement neurovégétatives de l'émotion sont disparates et qu'il existe le plus souvent une asynchronie entre le pouls et la tension artérielle ;

7° qu'enfin, chez tous les psychopathes, se manifeste, dans les premiers instants, une sidération émotionnelle, puis que la réaction émotive apparaît un peu plus tard, qu'elle se montre intense mais brève chez les paranoïdes et les psychasthéniques obsédés, prolongée au contraire chez les hypocondriaques.

La séance est levée à 18 heures.

Le secrétaire général :
Paul Abély.

SOCIÉTÉS

Société de médecine légale de France

Séance du lundi 9 mars 1953

Présidence : M. M. MULLER, président.

Résultats de l'examen psychologique au cours de lumbagos chroniques, par M.-L. Roche et Mme S. Buffard.

Les phénomènes douloureux étudiés ici sont d'une grande fréquence. Ils posent, comme le soulignent les auteurs, des problèmes authentiquement psychiatriques. L'investigation a porté sur un petit nombre de malades : 19. Les tests utilisés furent le Wechsler-Bellevue, le Rorschach, des tests de dessin, le test P.F. de Rosenzweig, le questionnaire de névrotisme de Eysenck. Cette étude se situe dans le cadre de l'examen psychologique indispensable dans ces cas particuliers de névroses traumatiques ; ceci, de l'avis d'un très grand nombre de ceux qui, au titre des spécialités les plus variées, ont l'habitude d'examiner ces malades.

L'alimentation forcée des détenus peut-elle être pratiquée par le médecin de l'Administration pénitentiaire, par M.-J. Trillot, Mlle J. Bernardy et M. Phillippon.

Importante communication concernant un problème qui a fait l'objet des travaux d'une commission, laquelle a rédigé un rapport destiné au Conseil national de l'Ordre. Ce problème intéresse immédiatement le médecin de l'établissement pénitentiaire, mais aussi, et par une conséquence directe, intéresse le psychiatre de l'établissement, tout au moins dans quelques-uns de ces cas.

Séance du lundi 13 avril 1953

Présidence : M. M. MULLER, président.

Empoisonnement criminel par administration d'un lavement au sublimé corrosif, par M. Frédéric THOMAS, professeur de médecine légale à l'Université de Gand.

Cette observation, en dehors de son très grand intérêt médico-légal, en présente un autre, ce dernier criminologique. Comme l'indiquent les auteurs, cet empoisonneur mériterait une étude médico-psychologique particulière. Il s'agit d'un employé féru de notions médicales et pharmacologiques qui, pendant plusieurs années, utilise son épouse pour l'expérimentation de barbituriques et opiacés, puis de substances beaucoup plus toxiques (arsenic, nicotine, etc...), enfin l'achève par le sublimé administré en lavement. Nous retenons encore que l'épouse cachait à ses proches, jusqu'au dernier moment, les persécutions dont elle était victime. La minutie passionnée apportée par le persécuteur à ses crimes contrastant avec sa relative imprévoyance, la certitude absolue qu'il avait que sa victime ne le dénoncerait jamais, démentie par la découverte d'un cahier après la mort de cette dernière.

Un cas de paralysie faciale d'origine sérique, par M. P. MICHAUX.

Apparition d'une paralysie faciale au cours d'une maladie sérique après sérothérapie anti-tétanique préventive. Pas de paralysie du plexus brachial. Evolution vers la guérison avec quelques séquelles ne pouvant entraîner d'I.P.P. L'auteur insiste sur le rôle de l'œdème ayant pu comprimer le nerf dans son trajet intra-osseux.

M. BACHET.

72e Assemblée de la Société suisse de neurologie en commun avec la Société belge de neurologie

(Vevey, 30-31 mai 1953)

Présidence : M. le professeur F. LUTHY (de Zurich).

RAPPORTS

Sur quelques affections musculaires en dehors des myopathies, par MM. M.-A. RADERMECKER et L. VAN BOGAERT (d'Anvers).

Les auteurs ont suivi un certain nombre de cas de maladies musculaires non myopathiques au point de vue de l'étude chronaxique et électromyographique. Ils indiquent dans la première partie de leur rapport quels sont les éléments de diagnostic différentiel qu'on peut tirer de ces examens.

Dans la seconde partie, ils proposent un classement des polymyosites en formes aiguës et subaiguës et en formes chroniques. Les premières, fréquemment mortelles et décrites par Wagner, peuvent s'accompagner d'un œdème important intéressant la totalité du corps et parfois d'un œdème passager. Quand les érythèmes passent à l'avant-plan, il s'agit des dermatomyosites aiguës d'Unverricht. Les formes chroniques ne comportent ni œdème, ni érythème. Les auteurs distinguent dans les formes chroniques avec participation de la peau les dermatomyosites et poïkilodermatomyosites de Petges-Jacobi, la scléromyosite, et insistent sur la difficulté qu'il y a de séparer ces formes de la périartérite noueuse et du lupus érythémateux aigu avec myosite.

La troisième partie du rapport concerne l'anatomie pathologique. Elle conduit les auteurs à envisager que l'agression intéresse à la fois la fibre musculaire, la gaine endomysiale et le tissu interstitiel, que les fibres musculaires gardent un pouvoir de régénération, que les thérapeutiques doivent s'adresser avant tout à la guérison du tissu interstitiel (cortisone, A.C.T.H.).

Dans une quatrième partie, sont envisagés les problèmes biologiques posés par ces maladies : métabolisme de la créatine, du fer, des protéines, des ions Na, Cl et K. Cette quatrième partie n'est qu'ébauchée et sera traitée ultérieurement.

Hérédité dominante dans une souche vaudoise de dystrophie musculaire progressive, par MM. Michel Jéquier (de Lausanne) et E. Hanhart (de Zurich).

Neuf cas de myopathie dans trois générations, apparus à la suite d'une union consanguine et transmis comme une tare dominante permettant les conclusions suivantes.

La forme dominante de la maladie est moins grave que ses formes récessives. Dans une même souche, on trouve divers types de la maladie (scapulo-huméral, facio-scapulo-huméral, scapulaire et pelvien). Le pronostic et la classification des myopathies doivent être établis d'après le type de transmission héréditaire et non d'après la topographie des amyotrophies.

Communications

A propos de quelques souches de dystrophie myotonique, par MM. M. Klingler et R. Brückner (de Bâle).

Observation de maladie de Steinert avec cataracte et arythmie cardiaque, où l'on note dans la famille un cas de maladie de Thomson (sans cataracte) et une tante présentant une pupillotonie. Une autre famille comprenant deux enfants atteints de Steinert classique présente dans les ascendants plusieurs cas de cataracte pré-sénile sans dystrophie myotonique. Il existerait pour ces auteurs des formes de passage entre l'aspect classique du Steinert et la maladie de Thomson.

Hypogénésie cérébelleuse dans une souche de maladie de Werdnig-Hoffmann, par MM. J. Radermecker et P. Liessens (d'Anvers).

Etude d'une nouvelle famille dans laquelle ont été observés quatre cas de maladie de Werdnig-Hoffmann dans deux souches provenant du mariage de deux sœurs avec deux frères. Pas de consanguinité dans les ascendants

jusqu'à la sixième génération. Dans une des souches, à côté des Werdnig-Hoffmann, on trouve un tableau d'ataxie cérébelleuse congénitale et régressive.

Un enfant indemne de cette maladie présente une malformation rénale, qu'on relève également chez l'un des enfants atteints. L'un des auteurs a précédemment attiré l'attention sur le fait que dans cette maladie des lésions débordent le territoire du neurone moteur pour s'étendre aux cordons spinaux, en particulier anx cordons postérieurs et latéraux. La coexistence dans cette souche d'une ataxie cérébelleuse congénitale régressive illustre dans l'ordre clinique les faits histo-pathologiques.

Intérêt de la sémiologie nerveuse dans l'analyse des affections musculaires du nourrisson (hypotonies), par M. P. Liessens (d'Anvers).

L'examen neurologique de deux nourrissons atteints de la forme grave et précoce de maladie de Werdnig-Hoffmann a montré l'absence de tous les réflexes et réactions complexes propres à cet âge ; ce qui est expliqué par l'atteinte de la corne antérieure. Toutefois, la persistance du réflexe en chaîne est remarquable ; il s'agit d'un réflexe segmentaire et métamérique et on peut considérer qu'au cours de cette affection hérédo-dégénérative il est le dernier à disparaître parce que phylogénétiquement le plus ancien. Ce fait mériterait d'être recherché systématiquement dans d'autres cas.

Revue des états hypotoniques qui, au point de vue clinique, peuvent prêter à confusion : atonie de l'encéphalopathie infantile, du syndrome de Foerster, atonies post-infectieuses ou des dyspepsies chroniques graves, la forme neuro-musculaire de la glycogénose, la myopathie infantile précoce et la maladie d'Oppenheim.

Un groupe mal défini : les myoscléroses hérédo-familiales, par M. A. Lowenthal (d'Anvers).

L'auteur rapporte l'observation de deux familles: dans la première, on a pu observer quatre cas de raideurs articulaires congénitales et dans la seconde deux cas. En l'absence de lésions neurologiques et osseuses, ces raideurs articulaires ont été attribuées à des lésions musculaires, conception vérifiée par les examens chronaxiques et par trois biopsies musculaires, qui ont montré une fibrose du conjonctif musculaire.

Ni par leurs caractéristiques cliniques, ni par leur transmission héréditaire, ni par l'aspect des biopsies, les six cas rapportés ne peuvent être rapprochés des cas publiés comme raideurs articulaires congénitales. Ils semblent constituer une entité anatomo-clinique, les auteurs concluant que ces six malades présentent une affection congénitale, héréditaire et familiale, du conjonctif musculaire.

Deux cas de polymyosite à forme pseudo-myopathique, par le professeur G. de Morsier et M. F. Martin (de Genève).

Deux observations cliniques soulevant des problèmes de diagnostif difficiles et pour une part non encore résolus. Il s'agit d'une malade de 13 ans et d'un jeune homme de 19 ans dont l'affection a présenté certains caractères communs : évolution par poussée et rémissions, ce qui suggère la pré-

sence d'un processus inflammatoire. Cependant, le type de localisation des atteintes musculaires a imposé au début l'idée d'une myopathie primitive, diagnostic modifié en présence des rémissions. Résultats discordants des examens électriques de la musculature : dans le premier cas, ils parlent en faveur d'une atteinte musculaire primitive ; dans le second, ils mettent en évidence une atteinte du neurone périphérique. On constate d'autre part, chez les deux patients, un syndrome neuro-végétatif associé aux troubles moteurs, mais sans déficit de la sensibilité (tachycardie, dyspnée, sudation, hyperthermie, insomnie, troubles du caractère). Dans le premier cas, aux troubles moteurs s'associent des lésions de la peau et des tissus sous-cutanés sous la forme de micro-papules et d'œdème, confirmés dans le premier cas par la biopsie, alors que celle-ci est négative chez le jeune homme de 19 ans. Aux examens de laboratoire, qui ne permettent pas l'hypothèse d'une porphyrie, aucune altération caractéristique.

Diagnostic de probabilité d'une polymyosite établi sur l'allure récidivante de l'affection, les douleurs crampoïdes, la variabilité des réflexes tendineux et l'absence de déficit de la sensibilité.

Problèmes de neurologie comparée, par M. E. Frauchiger (de Berne).

Au sujet des myopathies et des dystrophies, la pathologie animale ne peut encore donner une vue systématique. Du côté de *la peau*, sclérodermie ou dermatomyosite inconnues. Une ichthyose congénitale chez un veau est montrée en cliché. L'hyperkératose plantaire des chiens en relation avec des encéphalites est considérée comme une dysplasie neuro-ectodermique. La péri-artérite noueuse existe surtout chez les porcs. Chez l'animal, pas d'équivalents à la dystrophie myotonique ou à la myasthénie. D'un intérêt spécial en Suisse sont la « Krämpfigkeit » des vaches et le « Zitterkrampf » des veaux ; dans d'autres pays, c'est surtout la tremblante du mouton, maladie à virus caractérisée par une période d'incubation très longue et histologiquement par des lésions bulleuses des cellules ganglionnaires. La fibromatose bovine est proche parente de la maladie de Recklinghausen de l'homme. Une myotonie est décrite chez les chèvres. Les différentes formes d'atrophies musculaire progressives sont inconnues, mais il existe quelques observations, qu'on a voulu mettre en parallèle. De l'avis de l'auteur, la syringomyélie, la sclérose latérale amyotrophique et la paralysie spinale spastique n'existent pas chez les animaux.

Sur l'histopathologie de la myopathie infantile précoce,
par le professeur R.-A. Ley (de Bruxelles).

Le diagnostic différentiel entre la myopathie infantile précoce et l'amyotrophie de *Werdnig-Hoffmann* peut être, sur biopsies, très difficile, voire impossible. Les autopsies de myopathie infantile précoce sont plus significatives car elles permettent de vérifier l'état des centres nerveux ; mais elles sont fort rares.

L'auteur a repris l'étude d'un cas publié antérieurement et où l'examen clinique avait fait penser tout d'abord à une maladie de Werdnig-Hoffmann, diagnostic qui fut abandonné ensuite pour celui de myopathie. Dans ce cas, le système nerveux central et périphérique ne montre aucune altération digne d'être retenue. Atteinte musculaire, par contre, très grave : certains faisceaux de fibres sont conservés, bien que situés dans des plages fibro-

lipomateuses qui les enserrent de toutes parts. Présence de fibres isolées, hypertrophiques, en dégénérescence ; d'autres fibres sont fortement réduites de calibre, les nerfs sont intacts, les rares fuseaux neuro-musculaires rencontrés ont leur aspect normal.

L'auteur croit pouvoir conclure qu'il existe une forme « myogénique » ou « dystrophique » de l'amyotrophie, c'est-à-dire une forme infantile précoce de myopathie, susceptible de débuter vers le 6e ou le 8e mois de la vie et de s'étendre sur des années. Ce tableau histo-pathologique ne peut être confondu avec celui d'une atrophie neurale.

Démonstration accompagnée de projections montrant les lésions de l'affection.

Etude histologique et histochimique de la jonction neuro-musculaire dans les amyotonies congénitales, par M. C. Coers (de Bruxelles).

Etude de la jonction neuro-musculaire réalisée dans deux cas d'amyotonie d'Oppenheim et dans un cas de maladie de Werdnig-Hoffmann. Dans les trois cas, les rameaux nerveux intra-musculaires sont normaux. L'innervation des fuseaux neuro-musculaires est intacte. Il existe une anomalie constante de la jonction neuro-musculaire caractérisée par une absence de ramification de l'axone terminal au niveau de la plaque motrice. Cette anomalie se rencontre, non seulement dans les fibres musculaires de calibre réduit, mais également dans les fibres musculaires de taille normale. Ces images sont interprétées comme un retard ou un arrêt du développement neuro-musculaire. La validité de cette interprétation est discutée et sa signification physio-pathologique envisagée.

Epithélioma spino-cellulaire sur radio-nécrose dans un cas de syringomyélie, par M. H. Brunnschweiler et le professeur H. Jaeger (de Lausanne).

Malade de 73 ans, porteur depuis trois ans d'une ulcération devenue immense à la nuque, à gauche, région C.3 C.4, où *33 ans auparavant,* M. Brunnschweiler avait relevé une anesthésie dissociée. Une parésie du bras gauche et quelques symptômes accessoires avaient fait poser le diagnostic de syringomyélie et prescrire de la radiothérapie. Doses appliquées ignorées. L'ulcération s'étend jusqu'au plan musculaire. Fond sanieux. L'épiderme des bords présente une forte prolifération épithéliomateuse de type spino-cellulaire — quelques télangectasies du type radio-dermite (projections de photos et de micro-photographies du professeur Jaeger).

Radio-dermite tardive possible, même après trente ans, pouvant expliquer à elle seule cette immense ulcération avec cancérisation des bords. Du point de vue neurologique, on peut se poser d'autres questions ? La syringomyélie est fertile en troubles trophiques. L'ulcération s'arrête à la ligne médiane et siège dans le territoire où en 1919 déjà existait une anesthésie dissociée. La syringomyélie a pu créer une vulnérabilité des tissus, qui a favorisé l'action des rayons, mais l'apparition du trouble trophique 33 ans après les rayons paraît surprenante sur un terrain justement vulnérable.

L'apparition de cet ulcère précisément à cet endroit, et coupant la ligne médiane, est peut-être la conséquence de particularités d'embryo- ou de tectogénèse dans cette région prédisposant peut-être à des mutations cellulaires, plutôt qu'un effet de simple hasard ou la seule action des rayons.

Maladie de Besnier-Boeck des muscles et lésions du système nerveux central (Deux observations anatomo-cliniques), par le professeur G. de Morsier et MM. P. Maurice et F. Martin (de Genève).

La localisation *musculaire* de la maladie de Besnier-Boeck, connue seulement depuis peu de temps, passe souvent inaperçue cliniquement et n'est diagnostiquée qu'à l'examen microscopique. Les auteurs rapportent deux cas de maladie de Besnier-Boeck avec lésions des muscles et du système nerveux. Le premier cas a évolué sous l'aspect clinique d'une sclérose latérale amyotrophique atypique, et l'autre présentait un syndrome de Korsakoff avec hyper-albuminose rachidienne. Ils montrent que les lésions musculaires du Besnier-Boeck peuvent prendre trois formes : 1. lésions caractérisées par des nodosités palpables, accompagnées éventuellement de troubles moteurs ; 2. lésions avec atrophies musculaires, sclérose interstitielle progressive et parésies musculaires ; 3. lésions cliniquement muettes, décelables seulement par l'examen microscopique d'un muscle d'aspect normal. La recherche systématique des lésions musculaires peut permettre de préciser le diagnostic de Besnier-Boeck, même lorsque les symptômes de myosite font défaut.

Manifestations neurologiques dans la périartérite noueuse,
par MM. H. Fahrlander et M. Klingler (de Bâle).

Cette affection du collagène, probablement de nature allergique, s'accompagne souvent d'une éosinophilie sanguine, d'asthme, etc... Elle peut toucher de nombreux organes. Le système nerveux n'est pas épargné, et la périartérite noueuse peut provoquer à son niveau des mono- ou des polynévrites, et quelquefois des manifestations psychotiques. Le pronostic est sévère : dans cinq cas sur six, où l'atteinte polynévritique dominait, l'évolution s'est terminée par l'exitus. Aucune thérapeutique efficace. L'A.C.T.H. et la cortisone amènent quelques rémissions passagères, mais n'ont pas d'effet curatif.

L'artérite noueuse à propos d'un cas,
par le professeur F. Lüthy (de Zurich).

Homme de 60 ans qui, à 46 ans, avait eu une polyarthrite aiguë fébrile qui a duré trois mois. A 59 ans, infarctus du cœur traité avec un dérivé du dicoumarol. Deux mois après (le 11 janvier 1953), douleurs précordiales et abdominales, constipation et température s'élevant jusqu'à 39°. Les leucocytes montent à 30.000 avec 1,5 % d'éosinophiles. Sédimentation 53 mm./h. Par la suite, défense prononcée de l'abdomen et température caractéristique de phénomènes septiques. Reins quasi-libres, Wassermann faiblement positif. A partir du 22 février, atrophie musculaire des quatre extrémités rapidement progressive avec hypoesthésie des mains et des pieds. Diagnostic de périartérite noueuse posé le 13 mars 1953. Huit jours plus tard, le malade succombait.

L'auteur montre des diapositifs, d'où il ressort qu'il s'agit dans cette maladie, non d'une périartérite, mais d'une panartérite ou artérite tout court, comme du reste dans tous les cas. C'est un état allergique dont le facteur sensibilisateur est souvent facile à découvrir (ici endocardite, du reste guérie), mais où la cause qui déclenche la manifestation clinique, le « Zweitschlag », reste quelquefois cachée. Dans le cas présent, on soupçonne le dicoumarol. L'auteur se demande si le substratum anatomique de la névrite

d'origine sérique ne serait pas une artérite et non pas un œdème des nerfs comme il a été admis jusqu'à présent.

Une angioneuromatose méningo-encéphalique diffuse,
par M. J. Hozay (d'Anvers).

Description d'un cas de neuro-angiomatose méningo-encéphalique, qui fait partie d'une dysplasie vasculaire généralisée de l'encéphale. Du collet du bulbe au pôle occipital, signes d'anomalie vasculaire consistant partout en prolifération de cellules schwanniques sur la face externe des vaisseaux et tendance à l'involution hyaline de la paroi. Cette tendance à l'hyalinisation des parois se manifeste de manière beaucoup plus nette au niveau des tumeurs dont le malade est porteur, comme si le régime métabolique intra-tumoral favorisait cette transformation. Cette malformation s'apparente à l'angiomatose de Sturge-Weber, mais la présence d'un kyste gliomateux avec angiome dans la paroi kystique l'apparente à la maladie de von Hippel-Lindau. La neuromatose périvasculaire, et la gliomatose paravasculaire réalisent deux processus juxtaposés, ne s'interpénétrant jamais et demeurant séparés par la membrane gliale extra-adventicielle. Par la présence d'épendymoblastomes intra-cérébelleux et intra-bulbaires, cette malformation complexe se rattache aux néoplasies du tronc cérébral dont le caractère malformatif apparaît de plus en plus nettement si on les étudie dans toute l'étendue des centres nerveux.

La question d'un « réflexe de préhension acoustique » et quelques remarques sur la commissure intercolliculaire de Probst, par MM. S. Bürgi et W.-R. Hess (de Berne).

L'excitation électrique (selon la méthode de Hess) d'un noyau dorsal du ruban de Reil latéral a produit chez le chat une déviation contraversive. Cet effet est comparé avec d'autres réactions déviationnelles, obtenues au niveau du mésencéphale, soit la réaction dite tegmentale et le « réflexe de préhension visuel », organisé au niveau des corps quadrijumeaux antérieurs. Des faits déjà relatés semblent confirmer cette observation que les auteurs interprètent comme un réflexe sous-cortical qui fait tendre l'oreille globalement vers une source sonore avant que les centres supérieurs n'interviennent pour préciser le mouvement. D'où l'expression de « réflexe de préhension acoustique ». L'étude anatomique de ce cas, complétée par d'autres observations, a montré que la commissure intercolliculaire de Probst est, en vérité, beaucoup plus importante qu'on ne le pensait jusqu'ici.

Une nouvelle table d'extension vertébrale,
par M. W. Bartschi-Rochaix (de Berne).

L'auteur s'est proposé de faire construire une table relativement simple, permettant, soit la *traction stable* (telle qu'elle est appliquée par la plupart des modèles existants), soit la *traction intermittente rythmique* ou non rythmique. De plus, il a réalisé un dispositif destiné à entraîner une *modification de la lordose* lombaire pendant n'importe quelle phase de la traction.

RÉUNIONS ET CONGRÈS

XIe Congrès international de psychotechnique

(Paris, 27 juillet-1er août 1953)

Président : Professeur Henri PIÉRON

Secrétaire général : Dr Robert BONNARDEL

Section de psychologie clinique

Organisée sous les auspices du *Groupement international pour la coordination de la psychiatrie et des méthodes psychologiques,* la *Section de psychologie clinique* du *XIe Congrès international de psychotechnique* avait pour *président* le professeur René NYSSEN (de Bruxelles) et pour *secrétaire général* le Dr Pierre PICHOT (de Paris). Le compte rendu de ses travaux a été publié in extenso dans le numéro 3 (juillet) de 1953 de la *Revue de psychologie appliquée.*

Précédé d'une introduction de M. *René Nyssen,* qui traita de *l'investigation en psychologie clinique,* ce compte rendu est divisé en trois parties. La première partie, réservée à l'étude des *relations entre la psychologie et la psychiatrie,* comprend sur ce sujet les communications de *MM. Mario Gozzano* (de Rome), *André Rey* (de Genève), *R.-W. Paines* (de Londres), ainsi que les exposés de *Mad. Maryse Israël* (de Londres), sur *les méthodes et les buts de l'enseignement de la psychologie clinique aux psychiatres* et de *M. Mario Ponzo* (de Rome) sur les conditions nécessaires pour établir fructueusement les possibilités de la collaboration au *travail en équipe dans la psychologie clinique.* Après avoir défini ce qu'est la psychologie clinique ainsi que les rapports professionnels existant entre le psychologue et son client, *M. J.-C. Raven* (de Dumfries), exposa ensuite en quoi consiste la contribution du *psychologue clinicien* à l'organisme dans lequel il travaille.

Dans la deuxième partie de ce compte rendu, laquelle réunit des travaux concernant l'épilepsie, figurent les communications de *M. José Leme Lopes* (de Rio-de-Janeiro), sur les *problèmes généraux de la psychologie de l'épilepsie ;* de *M. J. de Ajuriaguerra* (de Paris), sur la *mentalité épileptique* et

la notion d'épileptoïdie jugée par lui trop extensive et de nature à créer des confusions pathogéniques dangereuses. *M. H. Gwynné Jones* (de Londres), passe en revue les *facteurs psychologiques de l'épilepsie*, en se limitant à un examen d'ensemble des recherches utilisant la technique des tests psychologiques. Signalons encore une contribution à l'étude de la *personnalité épileptique* de *M. C. Beizman*, qui compare le tableau clinique Rorschach considéré comme caractéristique de l'épilepsie avec les traits d'enfants ayant présenté des convulsions dans le jeune âge ; une communication de *M. Igor A. Caruso* (de Vienne) sur *l'unification de la psychologie et ses applications au problème de l'épilepsie ;* l'étude par *M. J. Flament* (de Bruxelles), du *facteur E du test de Szondi chez les épileptiques ;* l'exposé des recherches expérimentales de *MM. Henri Gastaut, Joseph Roger et Nicole Lesevre* (de Marseille), sur la *différenciation psychologique des épileptiques en fonction des formes électrocliniques de leur maladie ;* les résultats schématiques obtenus de l'application de tests mentaux à 121 épileptiques et 15 sujets organiques, par *MM. P. Pichot, J. Perse et Th. Lempérière* (de Paris), intéressante contribution à *l'étude expérimentale de la psychologie de l'épilepsie ; M. Frederico Sal y Rosas* (de Lima), après examen de 1.477 malades, différencie trois caractéristiques (irritabilité, viscosité, parasociabilité) du *caractère épileptique* dont il trace la délimitation psychologique et les limites. La *valeur diagnostique du facteur P. chez les épileptiques* est étudiée par *Mad. Mira Sosberger-Stambak et M. René Zazzo* (de Paris), qui s'attachent à préciser et à limiter les indications que peuvent donner les tests de persévération pour le diagnostic de l'épilepsie ou « d'une prétendue mentalité épileptoïde », travail auquel fait suite l'exposé de recherches, également entreprises sous la direction de M. René Zazzo, par *Mad. Irène Talan* (de Paris), sur *l'intelligence chez les épileptiques.* Cette deuxième partie se termine par l'analyse, par *Mad. Nina Rausch de Traubenberg* (de Paris), de 32 résultats de *Rorschach d'enfants et d'adolescents épileptiques*, examens pratiqués à la Clinique de neuro-psychiatrie infantile du professeur G. Heuyer.

Un troisième groupe contient divers travaux, parmi lesquels nous citerons une étude de l'*adaptation des immigrants de seconde génération dans les milieux du travail*, par *M. Joseph Alliez et Mad. Jeanne-Marie Jaur* (de Marseille) ; un exposé de la théorie et de la technique des *tests d'intelligence pour la « réflexion du moi » en psychothérapie de groupe* par *M. George R. Bach* (de Beverley Hills) ; un guide pour *l'évaluation de la maturité du jugement*, de *MM. P.-M. Brunetti et F. Novara* (de Turin) ; une *étude qualitative d'un vocabulaire* chez 275 enfants de 8 à 18 ans, par *M. Jean Dierkens et Mad. Nicole Dierkens-Dopchie* (de Bruxelles), qui communiquent également les résultats de l'examen de 152 enfants du Guidance Center de Boston, au sujet de la *corrélation entre des données cliniques et certains facteurs du test de Rorschach ;* un exposé de *Mad. Augusta Jellinek* (de New-York), sur la valeur de *l'imagination spontanée comme élément psychodiagnostic ;* quelques considérations pratiques de *MM. K. Matchabely et R. Bertrand* (de Bruxelles), sur l'*application du test moteur de structuration visuelle de Bender en clinique psychiatrique ;* une étude de *MM. R. Nyssen et J. Bourdon* (de Bruxelles), sur *l'illusion de poids chez les déments et les oligophrènes adultes;* des remarques de *M. Paul A. Osterrieth* (d'Uccle), sur *l'interprétation des tests de dessin en psychologie clinique* et le parti que l'on pourrait tirer de l'étude génétique des diverses épreuves de dessin proposées comme tests de personnalité ; des résultats de l'examen de 126 infirmières,

qui permet à *Mmes Asenath Petrie et Muriel B. Powel* (de Londres), de conclure à l'importance des *tests de personnalité* pour l'appréciation de la *capacité des infirmières*. Le compte rendu se termine par une étude critique du *psychodiagnostic myokinétique du Dr Mira y Lopez*, dans laquelle *M. Michel Sion* (d'Istanbul) montre l'efficacité de ces épreuves comme test de projection et de mouvement expressif ainsi que leur importance pour le diagnostic différentiel et le pronostic de diverses affections lorsqu'il est employé simultanément avec d'autres épreuves, et par une communication de *M. J. van Lennep* (d'Utrecht), sur les variables des protocoles du *test des quatre images* dans quelques groupes pathologiques.

Des notices bibliographiques sur le professeur *René Nyssen* (de Bruxelles), le professeur *H.-J. Eysenck* (de Londres), le professeur *E. Mira y Lopez* (de Rio-de-Janeiro), terminent cet important compte rendu, auquel est consacré un numéro spécial de la « Revue de psychologie appliquée ».

IVe Congrès de la Société de neuro-chirurgie de langue française

(Genève, séance du 15 mai 1953).

Les indications chirurgicales dans les épilepsies dites temporales, par MM. J. Guillaume, G. Mazars et Mme Y. Mazars.

Rappel de la succession chronologique des travaux qui ont conduit à individualiser une épilepsie temporale, des conceptions physiopathologiques opposées entre la « dysrythmie spécifique » et le « foyer épileptogène cortical », de la superposition des notions d'épilepsie psychomotrice et d'épilepsie temporale antérieure. Les auteurs discutent le rôle épileptogène du cortex temporo-insulaire et des formations sous-corticales, du noyau amygdalien spécialement ; ils passent en revue les critères anatomiques de l'épilepsie temporale à la lumière des renseignements radiologiques et les caractères cliniques des paroxysmes épileptiques, auras spécialement ; ils étudient les signes électro-encéphalographiques, mettant en valeur ceux qui appartiennent en propre à l'épilepsie temporale.

Après avoir mentionné les résultats opératoires et les données anatomo-cliniques qui ressortent des principales statistiques publiées depuis 1950, les auteurs commentent les résultats obtenus par eux chez 85 épileptiques temporaux opérés, dont 72 suivis de 6 mois à 50 mois : 70 % des résultats sont bons ou très bons ; ni mortalité opératoire, ni aggravation post-opératoire ; lésion anatomique macroscopique ou microscopique trouvée dans 62 cas. Sur 21 cas sans lésions anatomiques, 12 succès opératoires. Les lésions corticales trouvées à l'intervention sont habituellement cicatricielles ou atrophiques. L'étendue de l'excision est dirigée par les constatations corticographiques, non par les constatations macroscopiques du cortex. Le foyer épileptogène siégeait 33 fois en avant de la veine de Labbé, 9 fois derrière celle-

ci ; 24 fois il intéressait partie ou totalité de l'insula ; 14 fois il s'étendait à l'hippocampe.

Comme séquelles opératoires, les rapporteurs signalent la fréquence d'une hémianopsie latérale homonyme partielle ou complète (plus de 50 % des opérés), la possibilité d'un déficit hémiparétique, d'un reliquat aphasique dans les interventions sur l'hémisphère dominant. (Dans les foyers épileptogènes temporaux de l'hémisphère dominant, le risque d'aphasie post-opératoire guide et limite l'étendue des excisions corticales).

A l'actif des interventions chirurgicales, ils mentionnent, outre la disparition ou l'amélioration des crises, l'atténuation des troubles caractériels, la disparition immédiate et définitive d'un cas de bégaiement.

Indiquant les principales caractéristiques de leur technique opératoire, ils proposent d'étendre les indications opératoires à un plus grand nombre de malades présentant un foyer épileptogène temporal, en raison même des résultats constatés : 1° risque opératoire négligeable ; 2° séquelles opératoires évitables ; 3° pourcentage élevé (70 %) des résultats excellents ou bons ; 4° possibilité de tumeur temporale latente n'ayant pour expression clinique et électro-encéphalographique que l'épilepsie.

Séance du 16 mai 1953

Les opérations frontales sélectives en psycho-chirurgie,
par M. J. Le Beau.

Ce rapport est basé sur 152 interventions frontales sélectives bilatérales et n'envisage que les topectomies et les sections sous-corticales portant sur le lobe frontal, en avant des aires 4 et 6 de Brodmann, y compris le tiers antérieur du gyrus cingulaire. Le rapporteur précise l'étendue et les différents types des résections corticales et des sections sous-corticales. Il insiste sur la mortalité opératoire négligeable (6 %) et signale les facteurs de gravité (âge avancé, artériosclérose) et le faible pourcentage d'épilepsie post-opératoire (3,5 %).

Dans un premier chapitre sont analysés les résultats obtenus dans 58 cas de douleurs irréductibles. Indication opératoire basée sur les échecs des thérapeutiques non chirurgicales, sur les échecs ou la contre-indication des interventions portant sur le faisceau spino-thalamique, sur l'association de la souffrance avec des perturbations psychiques. Dans l'ensemble, les algies en rapport avec une maladie organique bénéficient des exérèses portant sur les aires 9 et 10. Les algies sans substratum organique décelable sont neutralisées par le même type d'intervention si la dominante psychique est l'introversion anxieuse. Par contre, les hypocondriaques extravertis ne bénéficient que très inconstamment des interventions frontales sélectives.

Sont commentés ensuite les résultats obtenus dans 51 cas de psychoses et de névroses, selon que les troubles du comportement sont associés ou non à un déficit intellectuel et selon les différentes modalités opératoires utilisées Lorsque le déficit intellectuel est global (oligophrénies et démences), les

résultats sont, dans l'ensemble, décevants. Mais les résultats sont excellents ou bons dans les névroses et les psychoses non démentielles. Schéma opératoire proposé par le rapporteur : cingulectomie antérieure dans les états obsessionnels, topectomie 9-10-11 dans les états dépressifs et les états d'agitation à base d'anxiété, résection de la face interne dans les états d'excitation sans anxiété, résection de la face orbitaire dans les hypocondries. Dans de nombreux cas, interventions combinées ou itératives, portant sur plusieurs aires des lobes frontaux.

Dans un troisième groupe figurent 32 malades atteints d'épilepsie généralisée non contrôlable par le traitement médicamenteux, avec troubles psychiques associés portant sur l'intelligence et le comportement (troubles du caractère et impulsivité) (25 malades soumis à la cingulectomie antérieure, les 7 autres à des interventions préfrontales différentes). Les meilleurs résultats ont été obtenus par la cingulectomie chez les épileptiques présentant des troubles sévères du comportement. L'épilepsie n'a jamais été aggravée cliniquement, ni électriquement. Des sédations importantes, parfois des guérisons, ont été notées pour ce qui est des crises elles-mêmes.

Parallèlement aux résultats thérapeutiques, les modifications psychologiques qui font suite aux interventions frontales sélectives sont étudiées sur le plan clinique des syndromes post-opératoires et sur le plan psycho-technique. Le syndrome hypomaniaque post-opératoire fait suite à l'ablation du cortex granulaire de la convexité (aires 9 et 10). L'ablation du cortex cingulaire antérieur (aires 24 et 32) ne produit pas de syndrome post-opératoire. Dans l'ensemble, les interventions sur les aires granulaires de la convexité n'amoindrissent pas l'intelligence, mais diminuent à la fois l'introversion et le neuroticisme. Les cingulectomies augmentent l'intelligence dans son échelle verbale, modifient le neuroticisme et augmentent l'introversion. Des modifications bien définies de la personnalité paraissent en rapport avec la suppression de certaines parties du cortex frontal.

Suivent des constatations anatomiques concernant les connexions frontales afférentes et efférentes, des déductions physiologiques tirées de la confrontation des éléments psychotechniques avec la topographie opératoire, et des commentaires d'ensemble sur les résultats opératoires les plus anciens.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES, BROCHURES

HISTOIRE DE LA PSYCHIATRIE

Les dix premières années des Annales médico-psychologiques, par Ginette HAGUENAUER. (1 brochure, in-8°, 132 pages, *Thèse*, Paris 1953).

On ne saurait trop louer l'auteur de cette thèse de son désir de compléter des notions récemment acquises par leur comparaison avec les idées en cours il y a un siècle. Rien n'est plus instructif et correctif d'erreurs que de remonter aux sources. Aucun témoignage des efforts passés n'est plus vivant que la collection des *Annales médico-psychologiques,* fondées par Baillarger dès 1843. Depuis 111 années y figurent les étapes successives et les cheminements d'une pensée neuro-psychiatrique dont, dès l'origine, avait été prévue l'étendue et tracé un programme.

Mad. Ginette Haguenauer a cru devoir limiter son consciencieux travail à une classification, un répertoire, des questions envisagées, répertoire alimenté de citations et de résumés. Elle y passe successivement en revue les travaux ayant trait à la psychiatrie générale (*rapports du physique et du moral,* étiologie et rôle de l'hérédité, *influence des troubles mentaux sur les maladies du corps et réciproquement,* anatomie, physiologie, thérapeutique), à la psychiatrie spéciale (manie, lypémanie, stupidité, monomanie, suicide, hallucinations, ivrognerie, délire aigu, paralysie générale, hystérie, hypocondrie, névroses, épilepsie, idiotie), à la médecine légale (droit civil, droit criminel) et au système pénitentiaire, à l'assistance (établissements psychiatriques, statistique générale).

Si les raisons qu'elle donne de cette réserve, et qui tiennent à une expérience psychiatrique jugée par elle trop récente, sont de celles que l'on ne saurait négliger, on peut cependant regretter que Mad. Ginette Haguenauer ne se soit pas attachée à montrer tout ce qui, dans les travaux de nos prédécesseurs, annonçait les réalisations présentes ou les contenait en germe. Nous avons tenté d'ébaucher ici-même (1), en un temps où les conditions, à la fois de travail et d'édition, n'étaient pas favorables à de plus amples développements, ce qui reste toujours valable du programme initial exposé par Cerise

(1) René CHARPENTIER. — Le centenaire des *Annales médico-psychologiques.* Quelques faits parfois méconnus de l'histoire de la psychiatrie. *Annales médico-psychologiques,* janvier-février-mars 1943, pages 2-4 et pages 35-47.

dans le premier numéro des *Annales*, ce qui aussi et parfois sous des mots nouveaux, ressuscite des notions que nos prédécesseurs ne mettaient pas en doute, telle la médecine dite aujourd'hui « psychosomatique » (alors qu'elle est simplement ce que la médecine aurait toujours et partout dû être ou rester...). Cette ébauche aurait besoin d'être développée et complétée. Il n'eût pas été moins nécessaire de montrer, à l'aide des textes cités dans cette thèse, ce que sont devenues les idées ainsi exprimées, les raisons de leur abandon, de leur transformation, de leur succès, les conséquences de leur évolution, les résultats théoriques et pratiques auxquels elles ont conduit. Le travail de Mad. Ginette Haguenauer mériterait d'être repris et complété dans l'avenir à l'aide des matériaux dès maintenant recueillis. Ainsi pourrait être menée à bien une œuvre dont la présente thèse pourrait être considérée comme la première partie. Première partie dont la portée ne sera pas négligeable si elle engage ceux qui seront amenés à consulter cette thèse à rechercher la lecture *in extenso* des textes cités ou résumés. Trop souvent, pour n'avoir pas relu le texte primitif, sont prêtées aux auteurs, et même à des auteurs récents, des idées ou des phrases qui ne furent pas, ou ne furent pas exactement, les leurs.

René Charpentier.

NEURO-PSYCHIATRIE

Les toxicomanies, par le Dr Antoine Porot, professeur honoraire à l'Université d'Alger (1 vol., 136 pages, *in* Collection « Que sais-je ? » Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Ce nouveau livre du professeur Antoine Porot est consacré à l'étude des différents toxiques dont l'appétence anormale et prolongée aboutit à une habitude tyrannique avec augmentation progressive des doses utilisées.

Après une esquisse historique, l'auteur s'attache tout d'abord à délimiter et à classer les toxicomanies, à décrire les états successifs d'accoutumance, puis de besoin, ainsi que les accidents de privation, de sevrage, à montrer comment l'on devient toxicomane et quelles en sont les conséquences pour la vie morale et sociale du sujet.

Passant ensuite en revue de façon méthodique et claire chacune des toxicomanies, le professeur Antoine Porot étudie successivement celles qui, sous diverses formes, résultent de l'usage de l'opium et de ses dérivés (opiomanie, morphinomanie, héroïnomanie, codéinomanie, etc.), du chanvre et de ses produits (haschich, kif, marihuana, etc.), de la coca et de la cocaïne, de l'éther (en voie de régression), des stupéfiants synthétiques (chlorhydrate de péthidine sous différents noms de spécialités, acétyl-méthadone, etc.), des hypnotiques (barbiturisme, chloralisme, ce dernier devenu plus rare), des amphétamines ou amines psychotoniques, de l'alcool et des boissons alcooliques, du tabac, du café, du thé (nocivité plus grande du thé noir que du thé vert et de la décoction que de l'infusion), faisant ainsi une place dans ces exposés à des produits familiers de la vie quotidienne dont l'usage peut créer une habitude un peu tyrannique, accompagnée parfois de répercussions psychiques, somatiques, plus ou moins importantes. Des diverses toxicomanies, on trouvera résumés dans ce livre l'historique, les principales modalités, les données botaniques, chimiques, pharmaco-dynamiques, les diffé-

rentes préparations, les doses, la répartition géographique, les facteurs, les manifestations, les accidents, la prévention, le traitement, les conséquences sociales et médico-légales.

Dans une troisième partie, abordant l'important problème de la protection sociale contre les toxicomanies, le professeur Antoine Porot, après avoir montré comment la surveillance et la lutte sont conçues sur le plan international (organismes internationaux et conventions internationales) et les résultats ainsi acquis, expose les lois, décrets et règlements desquels découlent en France l'action prophylactique, soulignant à la fois les importants progrès déjà réalisés et les lacunes de dispositions répressives insuffisamment accompagnées de mesures thérapeutiques efficaces. Car « si la lutte contre le trafiquant est affaire de loi et de police, le problème de l'individu atteint ne trouvera sa solution que dans une thérapeutique d'inspiration médico-sociale ».

René Charpentier.

L'âge critique, par Paul Guilly, ancien chef de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de médecine de Paris (1 vol., 128 pages, *in* Collection « Que sais-je ? » Presses universitaires de France, Paris, 1953).

Dans ce livre, consacré aux caractéristiques de l'âge critique, dit encore climatérique, la première partie traite de l'âge critique chez la femme, dont l'auteur expose d'abord chronologiquement les manifestations normales, et l'évolution. Un bref rappel de physiologie endocrinienne et de notions sur le système nerveux végétatif conduit à l'étude du mécanisme pluriglandulaire complexe et de son retentissement sur le système sympathique. Après un exposé des manifestations génitales, neuro-endocriniennes, biologiques, qui caractérisent l'âge critique normal, l'auteur passe en revue les accidents physiques que la femme peut alors présenter (génitaux, cardiaques et vasculaires), les maladies de la nutrition (rhumatisme chronique, obésité, diabète), les troubles du système nerveux, dont beaucoup évoluant sur un fond d'instabilité neuro-végétative peuvent aussi être sous la dépendance des autres manifestations déjà indiquées, des maladies endocriniennes et des troubles viscéraux divers. De ces symptômes, et de ces accidents, M. Paul Guilly indique la therapeutique, associant à l'hormonothérapie, à la radiothérapie, à la vitaminothérapie, aux modificateurs de l'état névropathique, aux cures thermales, des prescriptions hygiéniques dont, depuis Hippocrate, la valeur n'a cessé d'être soulignée.

Un important chapitre est ensuite réservé aux retentissements et aux accidents psychiques de l'âge critique. Après un rappel de la remarquable analyse par le professeur Maranon des modifications du psychisme féminin à l'âge critique, M. Paul Guilly étudie successivement, avec des exemples tirés de la littérature, les troubles de l'émotivité (instabilité émotive qui est souvent le seul symptôme psychique de la ménopause, irritabilité), les troubles de la sexualité (diminution graduelle ou exaltation), les réactions psychologiques de la femme devant les divers problèmes posés par la crise (réactions dépressives, mélancolie climatérique) et les divers modes d'adaptation à ce nouvel état (réactions d'affirmation, sérénité, etc.). Au sujet des psychoses et des névroses climatériques, l'auteur, d'avis que « les grands psychiatres du XIXe siècle semblent avoir beaucoup exagéré l'influence de l'âge critique sur les psychoses et les névroses qui peuvent apparaître à cette époque », écrit

que « les psychoses qui apparaissent alors pour la première fois sont relativement rares et s'observent presque toujours chez des prédisposées constitutionnelles ». Opinion qui demanderait à être plus nuancée si l'auteur ne le faisait lui-même en ajoutant que « les états dépressifs dominent la pathologie psychiatrique climatérique » que « le suicide... n'est pas rare à l'âge critique », mentionnant encore les états d'excitation, les psychoses hyperfolliculiniques de la période préménopausique, l' « érotisme pathologique », l'érotomanie, les délires d'interprétation et en particulier le délire de jalousie, la psychose hallucinatoire chronique, les manifestations névrotiques de la ménopause, « très souvent à base d'anxiété », « les envies morbides, les cas de kleptomanie », les « grossesses nerveuses ». Abondante énumération qui, on le voit, semble s'opposer beaucoup moins catégoriquement à l'opinion des grands psychiatres du XIXe siècle. Le fait, d'autre part, que ces états puissent se produire chez des prédisposées constitutionnelles (de même que tant d'autres états psychonévropathiques consécutifs à des traumatismes, des infections ou des intoxications) ne saurait être invoqué contre l'influence déterminante possible des modifications somatiques ou psychiques de l'âge critique féminin. Germe infectieux, toxique, choc physique, biologique ou psychique, pourront assurément avoir des effets différents selon la résistance du terrain mais aussi selon leur intensité. Le fait qu'ils trouvent un terrain plus ou moins préparé ne saurait contredire la réalité de leur action déterminante.

Dans la deuxième partie, l'auteur pose la question de l'existence chez l'homme d'un âge critique, considéré comme une étape de l'involution organique générale, comme le début de la sénescence. Il en décrit et en discute les manifestations physiques (en particulier la réaction surrénale, la réaction hypophysaire, l'hypertrophie prostatique) et nerveuses (insomnie, hyperémotivité, excitabilité, dépression). Mais si, pas plus que chez la femme, ces troubles ne sont constants, ils sont aussi chez l'homme beaucoup moins nets. Dans une esquisse de la psychologie de l'âge critique chez l'homme, M. Paul Guilly donne des exemples historiques de l'évolution psychique de l'homme. Il décrit ensuite la psychopathologie de l'âge critique : états dépressifs, dépressions mélancoliques, états d'excitation, états délirants, névroses et psychoses tardives souvent aggravées par l'alcoolisme, etc. Mais est-il légitime, par analogie aux troubles de la ménopause féminine, de parler chez l'homme d' « âge critique » en présence de troubles si variés, d'évolutions si différentes, éclos à des âges si variables. La sénescence ne suffit-elle pas à les expliquer qui, chez l'homme, se manifeste si différemment selon l'âge auquel elle débute, mais aussi selon le niveau intellectuel et le caractère du sujet. Vieillir serait-il donc un art si difficile que si nombreux sont ceux qui se refusent à le pratiquer? Il n'y faut pourtant, avec un minimum d'autocritique, qu'un peu d'aptitude au renoncement, sans total abandon d'une activité sans doute amoindrie, mais toujours indispensable, aussi longtemps qu'elle reste possible.

L'intéressant livre de M. Paul Guilly, où une abondante documentation littéraire et historique s'ajoute aux précisions d'ordre physiologique et pathologique, pourra aider ses lecteurs, qui seront nombreux, à mieux comprendre des nécessités inéluctables auxquelles la sagesse est de savoir, le moment venu, s'adapter avec aisance.

René Charpentier.

Etudes de neuro-psycho-pathologie infantile, *cinquième fascicule*, publié par le « Comité de l'enfance déficiente » de Marseille. (1 brochure, 76 pages, Marseille, 1953).

Consacré à la mémoire du regretté *Lucien Cornil* (1888-1952), ancien doyen de la Faculté de médecine de Marseille, ce cinquième fascicule, publié par le Comité de l'enfance déficiente de Marseille, sous la présidence du professeur *Henri Roger*, rappelle l'action médico-sociale et les travaux de Lucien Cornil dans le domaine de la neuro-psychiatrie de l'enfance. Après une photographie de Lucien Cornil, et l'hommage rendu à sa mémoire, on trouvera dans cette brochure un dernier mémoire de lui, en collaboration avec *M. H. Ollivier*, sur l'*intérêt pratique de la narco-analyse psycho-somatique en psycho-pathologie infantile*, mémoire dans lequel sont soulignés, chez l'enfant, l'utilisation limitée, la valeur diagnostique prépondérante de la narco-analyse et le fait qu'au point de vue thérapeutique il s'agit là chez l'enfant d'un procédé d'action « hypothétique et incertaine ».

Suit un mémoire dans lequel *M. Albert Crémieux* met l'accent sur l'*intérêt de la perspective psycho-somatique chez l'enfant*, en énumère les facteurs et en décrit les modalités, étudiant certaines réactions de l'enfant, considérées habituellement comme plus ou moins banales (réactions du tube digestif, énurésie nocturne, crises nerveuses) et leur mécanisme. *M. M. Schachter*, en *contribution à l'étude psychologique de la « viscosité » mentale dans la comitialité des jeunes*, rapporte ensuite l'observation clinico-électro-encéphalographique d'un enfant de 11 ans présentant des crises comitiales, observation et examens mettant en lumière « le caractère collant, visqueux, adhésif de ce sujet ». *M. J. Pellegrin* résume le tableau clinique et les caractères de *l'oligophrénie de la maladie de Recklinghausen*. Après examen de 300 sujets, *M. M. Schachter et Mlle J. Cotte* apportent les résultats d'une *étude clinico-psychologique des enfants onychophages*, dont le test de Rorschach trace le profil psychologique, le test de Binet-Simon permettant aux auteurs de conclure qu'un cinquième d'entre eux environ, seulement, sont des débiles caractérisés. Le fascicule se termine par une note préliminaire de *Mlle J. Cotte* sur *le retard affectif vu à travers le test de Goodenough chez des enfants intellectuellement normaux au Binet-Simon* (22 observations).

R. C.

PSYCHOLOGIE

L'année psychologique, *53e année, 1953, fascicule 1*, publiée sous la direction de Henri Piéron, Alfred Fessard et Paul Fraisse (1 vol. in-8°, 402 pages, Presses universitaires de France, Paris, 1953).

L'année psychologique étant désormais (depuis 1952), publiée en deux fascicules annuels, ce premier fascicule contient tout d'abord un mémoire original dans lequel *MM. P. Fraisse, G. Oléron et J. Paillard* apportent les résultats de leur étude expérimentale sur *les effets dynamogéniques de la musique*, étude systématique au moyen d'une détection électromyographique simultanée de l'activité musculaire globale des extenseurs des deux mains et des deux pieds, les stimuli sonores étant constitués par des suites de plusieurs extraits de morceaux de musique de types différents. Dans un mémoire

dédié au professeur Henri Piéron, *MM. Marco Capol et Léon Walther* (de Fribourg), examinent les résultats d'une batterie de cinq tests destinés à mesurer l'*habileté manuelle*, notion peu précisée. L'analyse factorielle montre que cette batterie est très homogène. Appliqués à des adultes, ces 5 tests (épreuves des disques, test de pointillage, test de trapping, découpage, enfilage de perles sur un fil) constituent des tests d'aptitude, de valeur diagnostique sûre. Après contrôle dans l'industrie, cette batterie de 5 tests s'est montrée de pronostic valable. D'un examen critique de *l'utilisation en psychologie de certains plans d'expérience* (plan d'expérience et analyse de la variance, plans factoriels, plans en carré latin, cube latin et carré gréco-latin, combinaison d'un plan factoriel et d'un carré gréco-latin), *M. M. Reuchlin* conclut que les pièges constitués par certaines erreurs statistiques ou logiques ne doivent pas détourner de l'usage de méthodes dont on ne peut que reconnaître l'importance pour toutes les sciences biologiques, et particulièrement pour la psychologie.

Des revues critiques, de *M. Pierre Oléron* sur *l'intelligence* (rôle des incompatibilités sanguines dans l'étiologie de la débilité mentale, rapports de l'intelligence avec les influences sociales et signification des tests, conditions qui la favorisent ou l'inhibent, etc.) et de *M. E. Valin* sur *l'analyse factorielle de l'intelligence* précédent, comme dans chaque volume de l' « Année psychologique », de nombreuses analyses bibliographiques de périodiques : neurophysiologie et psychophysiologie (les fonctions corticales, la douleur, par *M. H. Piéron*), psychophysiologie des sensations, psychologie animale, psychologie sociale, psychanalyse, psychologie appliquée ; suivent des analyses de livres récents traitant de psychologie générale, psychophysiologie, psychologie de l'enfant et pédagogie, psychologie appliquée, psychopathologie et psychanalyse.

Ce fascicule contient également les actes de la première session d'études de l'*Association de psychologie scientifique de langue française*, dont le thème était « *Le système nerveux et la psychologie* », qui s'est tenue à Paris, à la Sorbonne, les 4 et 5 octobre 1952. Le 4 octobre, sous la *présidence* de *M. Michotte* (de Louvain), le professeur *Henri Piéron* exposa un important rapport sur *l'apport actuel de la neurophysiologie à la psychologie* dans lequel il montra les résultats des recherches psychologiques et neurophysiologiques dans les domaines de l'intégration associative, des émotions et de la régulation affective, de l'éveil et du maintien de la vigilance, de l'information (sensation et perception). Terminant ce bilan par l'examen des acquisitions concernant la mémoire (en particulier depuis les récentes expériences de Penfield) et celles ayant trait à la régulation de la commande motrice, M. Henri Piéron conclut que la contribution apportée aux grands problèmes psychologiques par l'expérimentation neurophysiologique sur l'animal et sur l'homme, en dehors des acquisitions de la neuropathologie, se montre assez riche pour démontrer la nécessité d'une étroite collaboration entre psychologues et neurophysiologistes.

Le 5 octobre, sous la *présidence* de *M. Oldfield* (d'Oxford), le *Dr J. de Ajuriaguerra* (de Paris), résuma dans son rapport les *principaux apports de la pathologie nerveuse à la psychologie*. Ce rapport divisé en deux parties, la première consacrée à l'étude des troubles des fonctions symboliques (agnosies, apraxie, aphasie, troubles de la somatognosie), la seconde à l'étude des troubles psychiques consécutifs à des lésions corticales ou sous-corticales

(hémisphérectomies, lobectomies, lobotomies préfrontales), troubles des fonctions mentales dites supérieures, et à l'étude des problèmes du psychisme dit sous-cortical, de la conscience, de la mémoire. Les dernières pages de cet intéressant rapport sont consacrées à la discussion du problème général de la fonction, de la réalisation et du comportement.

Le même jour, sous la *présidence* de *M. Piaget* (de Genève), une discussion générale des rapports, à laquelle prirent part *MM. H. Piéron* (de Paris), *D. Lagache* (de Paris), *A. Fessard* (de Paris), *M. Nyssen* (de Bruxelles), *A. Ombrédane* (de Bruxelles), *N.-A. Popov* (de Paris), *P. Dell* (de Paris), *R. Le Guillant* (de Paris), *F. Grewel* (d'Amsterdam), *J. de Ajuriaguerra* (de Paris), *A. Tournay* (de Paris), *R. Zazzo* (de Paris), *Fauville* (de Louvain), *Aug. Ley* (de Bruxelles), *Henri Wallon* (de Paris), eut lieu, après une introduction à la discussion par *M. D. Lagache*, intitulée « *Emotions et dynamiques de la conduite* ».

En plus de ces rapports, *M. J. Piaget* (de Genève), d'une étude intitulée *Structures opérationnelles et cybernétique*, conclut que si, d'une part, la théorie opératoire de l'intelligence conduit à une schématisation des structures de la pensée, telles qu'elles interviennent dans les conduites intellectuelles psychologiquement observables, la cybernétique, d'autre part, constitue une schématisation de mécanismes généraux d'information et de combinaison qui interviennent en particulier dans le système nerveux. Il est donc naturel, ajoute M. J. Piaget, qu'il existe une correspondance relative entre ces deux sortes de schémas et cette correspondance est sans doute le présage d'un isomorphisme entre les structures opératoires psychologiques et certaines structures nerveuses.

Et à l'Institut Marey, au laboratoire de neurophysiologie générale du Collège de France, *M. A. Fessard* fit un exposé suivi de démonstrations sur *l'emploi des méthodes électrophysiologiques en psychophysiologie* et *M. Malméjac* présenta un film montrant *l'influence de l'anoxie sur un réflexe conditionné*. Des démonstrations qui suivirent l'exposé de M. A. Fessard, furent faites par *MM. L. Tauc, J. Scherrer, D. Albe-Fessard, P. Buser, J. Fiszer, J. Paillard, A. Tournay, N. Popov, Th. Szabo*. Il serait superflu de souligner le succès de cette première session d'études de l'Association de psychologie scientifique de langue française et le grand intérêt de ce premier fascicule de 1953 de l' « Année psychologique ».

René Charpentier.

ANATOMIE

Maladie de Marchiafava-Bignami. Sur la dégénérescence systématisée des commissures cérébrales dans l'alcoolisme chronique, par Jacinto C. Orlando (*Thèse* de Buenos Aires, 1953, 57 pages).

Description des lésions trouvées dans le corps calleux de huit cerveaux provenant de malades déments alcooliques. La clinique et les constatations anatomiques sont celles de la maladie de Marchiafava-Bignami décrites pour la première fois en 1903. La lésion principale consiste en la dégénérescence myélinique primitive localisée à la région moyenne et centrale du corps calleux ; la dégénérescence peut intéresser aussi les bandelettes optiques ou le chiasma optique. Les cylindraxes, au moins au début de l'af-

fection, ne sont pas altérés. La microglie est mobilisée et de nombreux corps granuleux se forment. On ne note aucune altération vasculaire, aucune lésion artério-scléreuse. Le processus évolue vers une sclérose névroglique. Il existe fréquemment des altérations des cellules des IIIe, Ve et VIe couches corticales frontales, surtout dans la région de Broca, ce qui peut être en rapport avec la dysarthrie que présentent les malades. La cause de l'affection semble due à l'intoxication alcoolique, qui provoque une déficience nutritive comparable à celle que l'on observe dans les nerfs périphériques au cours des polynévrites.

Le tableau clinique se rapproche de celui de la pseudo-paralysie alcoolique ; il est caractérisé par un affaiblissement rapide mental et physique, une forte dysarthrie, des accès d'agitation psychomotrice, un état démentiel profond terminal. En raison de la localisation des lésions commissurales, la maladie de Marchiafava peut être assimilée aux processus systématisés.

Vingt et une photographies ou microphotographies illustrent ce travail du laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital national neuro-psychiatrique de Buenos-Aires.

L. Marchand.

ASSISTANCE

L'hôpital psychiatrique public. Troisième rapport du comité d'experts de la santé mentale. Organisation mondiale de la santé. Série de rapports techniques, n° 73 (1 brochure, 40 pages, Genève, novembre 1953).

Le *troisième rapport* du *Comité d'experts de la santé mentale* est consacré à l'hôpital psychiatrique public. Les experts insistent sur la nécessité « de réaliser, au besoin avec l'assistance de l'Organisation mondiale de la Santé, des enquêtes sur des collectivités-types en vue d'obtenir une estimation valable de la morbidité psychiatrique ».

Une collectivité « qui ne possède pas pour ses malades mentaux au moins un lit par 10.000 habitants ne sera pas en mesure d'assurer l'assistance même très élémentaire que l'on peut désigner sous le nom d'hospitalisation psychiatrique d'urgence ».

Les experts insistent entre autres sur le rôle du médecin-directeur, du personnel médical, du personnel infirmier, sur l'importance de l'ambiance de l'hôpital psychiatrique pour la réussite du traitement (le rôle de cet hôpital est celui d'une « communauté thérapeutique »), sur l'importance du respect de la personnalité du malade, de la vie à l'intérieur de l'hôpital, qui « devrait autant que possible se modeler sur la vie de la collectivité où il est situé ». Il en est de même du point de vue architectural (petites unités de 25 à 30 malades, dans des sites naturels entourés de terrains boisés, de jardins, de champs), qui doit se modeler sur la collectivité, le village par exemple. Activités collectives, psychothérapiques et de travail, clubs facilitant l'intégration du nouveau venu dans la collectivité sont parmi les caractéristiques les plus importantes de l'hôpital psychiatrique.

Le rapport traite encore des soins à domicile, des établissements pour vieillards, des hôpitaux spécialisés, des services psychiatriques dans les hôpitaux généraux (émettant diverses réserves au sujet de ces services

psychiatriques des hôpitaux généraux), des consultations externes, de l'action préventive et thérapeutique du psychiatre de l'hôpital psychiatrique public dans la collectivité desservie par l'hôpital, etc... Au nombre des activités suggérées, on note la diffusion d'informations relatives à la Santé mentale et à l'éducation en hygiène mentale. Les experts expriment aussi le souhait que les médecins de la collectivité entretiennent des relations suivies avec le personnel psychiatrique de l'hôpital.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Neurochirurgie du praticien, par E. Wolinetz. *Préface* de A. Tournay. (1 vol , 198 pages, 62 figures, Masson et Cie édit., Paris 1953).

Ce livre est l'œuvre d'un médecin, et non d'un opérateur, désireux de convaincre ceux des praticiens qui, impressionnés par des cas d'évolution défavorable, manifestent à l'égard de la neuro-chirurgie scepticisme ou réticence. Son but, ainsi que l'écrit dans la préface *M. A. Tournay,* est d'aider tout médecin à résoudre cette alternative : conduire ou ne pas conduire le malade au neurochirurgien. C'est donc à des médecins praticiens qu'est destinée cette synthèse des acquisitions et des indications de la neurochirurgie, praticiens sachant conduire un interrogatoire neurologique et connaissant bien la sémiologie élémentaire des affections du système nerveux mais n'ayant pas toujours à la pensée, en présence de certains cas, l'aspect chirurgical du problème.

La première partie de cet exposé, clair, facile à lire, dont figures et schémas facilitent les démonstrations d'un texte divisé en paragraphes réduits à l'essentiel, est consacré à la chirurgie cranienne. Un premier chapitre traite de la chirurgie cranienne chez l'adulte, et le second chapitre de la chirurgie cranienne chez l'enfant. Une deuxième partie, moins étendue, a été réservée à la neurochirurgie rachidienne, mieux connue et mieux acceptée des médecins praticiens. Le plan de ces trois divisions de l'ouvrage est identique. Pour chacune d'elles, après des généralités et un rappel des notions indispensables d'anatomo-physiologie et de physiopathologie, l'auteur passe en revue les méthodes de travail (examens cliniques et paracliniques, radiologiques, électro-encéphalographiques et techniques neuro-chirurgicales, encéphalographie, cisternographie, ventriculographie, artériographie ; puis les techniques opératoires. Avant d'étudier les syndromes, il énumère et décrit les lésions qui relèvent de la neuro-chirurgie, indiquant pour chacune d'elles ses caractéristiques et son pronostic. Cela pour éviter des redites et ne pas avoir à refaire pour chaque cas clinique la revue complète des diverses étiologies possibles. Le lecteur est ainsi préparé à aborder l'étude des indications chirurgicales des syndromes cliniques et de leur pronostic dans les conditions où ces syndromes se présentent dans la pratique courante. En face de chaque cas particulier, l'étude attentive des éléments pour ou contre une intervention pourra lui permettre de répondre à cette importante question : « Y a-t-il ou non indication chirurgicale et, si oui, est-elle formelle ou seulement discutable ? »

Certains chapitres plus détaillés, tels ceux concernant les paralysies d'ori-

gine centrale, les aphasies, ont été présentés comme des exemples de la manière d'examiner, de raisonner, de se comporter. Un index alphabétique des matières facilite la consultation des nombreux paragraphes consacrés à la mise au point des indications posées par les divers syndromes. Ce livre, dont l'auteur a atteint son but, qui était de « faire bref, condensé, et aussi pratique que possible », a sa place marquée dans la bibliothèque de tout établissement hospitalier, et en particulier de tout hôpital psychiatrique.

René CHARPENTIER.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le peintre Anselm Feuerbach (1829-1880), par Th. SPOERRI (Waldau-Berne). (*Revue suisse de psychologie*, Berne, 1952, n° 1).

De l'étude, à l'aide de méthodes typologiques et biologiques d'une part, psychiatriques d'autre part, du peintre Anselm Feuerbach et de son œuvre, l'auteur conclut à l'augmentation périodique (tous les sept ans) de son tonus vital, avec un rythme hypomaniaque que souligne l'augmentation de sa productivité artistique. De constitution leptosome, de tempérament principalement schizoïde, Feuerbach avait une sensibilité oscillant du pôle hyperesthésique au pôle anesthésique, de l'autisme, une mobilité psychique inadéquate aux stimulations ressenties. Son œuvre artistique reflète sa personnalité et, souvent, la compréhension de ses œuvres dépend de la connaissance de sa personnalité.

R. C.

Le confus et le vague, par E. MINKOWSKI. (*L'évolution psychiatrique*, octobre-décembre 1952).

Article en marge de la psycho-pathologie clinique et dans lequel l'auteur entend marquer les nuances entre le confus et le vague, qui à première vue s'apparentent, mais comportent des différences qu'analyse l'auteur à la faveur de sa méthode habituelle de faits pathologiques et de documents littéraires. Il se place sur le plan vécu, et se propose de mettre en évidence les phénomènes vitaux qui sous-tendent ce que l'on qualifie de confus et vague, terme également différent du vide.

Pour clore son étude, qui vient prendre place à côté de celles entreprises antérieurement pour différencier le néant, l'auteur conclut : « Ce que nous avons essayé de mettre ainsi en relief à maint endroit dans ces pages paraîtra certainement vague et confus. Mais peut-il en être autrement lorsqu'il est question de vague et de confus et lorsque le temps presse par-dessus le marché ? »

Maurice LECONTE.

L'examen de l'état de conscience (L'esame dello Stato di Coscienza), par Carlo Ferrio (de Turin). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 12e année, fasc. 4-5, octobre 1951).

Un examen mental doit comprendre deux parties successives : la première est l'examen de l'état de conscience, basé essentiellement sur l'exploration de l'attention ; la seconde est l'examen de toutes les facultés mentales particulières (à l'exception de l'attention). Quand la première phase de la recherche révèle un état de non-lucidité de la conscience, il est impossible de procéder à la seconde partie de l'examen.

V.-J. Durand.

La perception des troubles psychiques par des épreuves de forme, leurs applications sur les masses, par G. Bloch. (*L'encéphale*, 1951, n° 2).

Cette épreuve de forme, modèle de papier quadrillé millimétrique, destinée à rechercher si le sujet est ordonné, appliqué, est utilisée ici comme une méthode de dépistage des troubles psychiques. De technique simple, cette épreuve peut être utilisée pour des examens en série. L'auteur conclut que lorsqu'elle peut être pratiquée au cours du développement des différentes phases de l'état morbide, elle est d'un grand secours pour le pronostic.

R. C.

La subnarcose barbiturique, méthode d'exploration du psychisme. Réflexions sur 140 cas, par J. Bourdon (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, décembre 1951).

De cette étude de la narco-analyse en tant que méthode d'examen et non comme procédé thérapeutique, et après avoir exposé la technique, les indications majeures, les résultats et rapporté neuf observations, l'auteur conclut qu'il s'agit d'une technique simple, permettant d'explorer rapidement et sans danger le psychisme des malades ainsi libérés des inhibitions. Un diagnostic hésitant peut ainsi être porté, la psychothérapie orientée. Echecs dus à l'oligophrénie, à l'ancienneté de l'affection, à des inhibitions intenses, aux réticences, au refoulement des conflits dans l'inconscient.

R. C.

Les tendances de la psychiatrie moderne. (As tendencias da psiquiatria moderna), par J. Alves Garcia. (*Medicina, cirurgia, farmacia*, n° 181, mai 1951, extrait de 12 pages).

Dans cette leçon inaugurale à l'Université de Rio-de-Janeiro, l'auteur rappelle certaines des difficultés connues par la psychiatrie. Il montre la nécessité d'éviter toute vue *à priori*, de s'en tenir à une observation soigneuse et objective des faits suivant les principes de Claude Bernard. Parmi les principales conceptions actuelles, il cite : la philosophique, la dynamique, la neurologique et la personnalistique. L'évolution de la psychiatrie est décrite depuis la fin du XVIIIe siècle. Les règles d'une bonne formation sont exposées. L'auteur conclut : « Il n'y a pas de différence essentielle entre

névrose et psychose, entre facteurs psychogénétiques et physiogénétiques car, en dernière analyse, les deux groupes sont essentiellement organiques, agissent sur un organisme, s'expriment dans la personnalité qui souffre. »

V.-J. DURAND.

Psychiatrie contemporaine et perspectives futures (Psiquiatria contemporanea e perspectiva futura), par Iracy DOYLE (de Rio de Janeiro). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, n° 1, octobre 1951, p. 59-67).

Marquée par des progrès importants, l'évolution de la psychiatrie contemporaine se caractérise par des recherches étiologiques plus poussées, utilisant toutes les données de la biologie, de l'anatomie pathologique, de la biochimie, de la pathologie générale, mais aussi les principes de la psychanalyse, de la psychologie, donnant une particulière valeur au point de vue dynamique. Certaines perspectives des développements futurs de la psychiatrie peuvent paraître ambitieuses. L'auteur en rappelle quelques-unes, portant surtout sur la prophylaxie et le rôle social de la psychiatrie.

V.-J. DURAND.

Le néo-jacksonisme dans la psychiatrie contemporaine (El neo-jacksonismo en la psiquiatria contemporanea), par Pedro Diaz COLODRERO (de Buenos-Aires). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, n° 2, janvier 1952, p. 1-8).

Après avoir exposé les points essentiels de l'application faite par Ey à la psychiatrie des principes de Jackson, l'auteur fait diverses critiques sur la valeur des conceptions de l'école néo-jacksonienne. Il n'admet pas son opposition à la psychogénèse de certains troubles mentaux, repousse l'emploi de la notion de niveaux et de celle de libération en psychiatrie, affirme que l'organo-dynamisme, en voulant échapper au dualisme cartésien et au monisme, est amené à revenir au vitalisme. Dans une telle conception, la place des névroses est difficile à définir entre les domaines respectifs de la neurologie et de la psychiatrie.

V.-J. DURAND.

La pathogénie jacksonienne et la psychopathologie de l'organo-dynamisme (La patogenia jacksoniana y la psicopatologia del organo dinamismo), par Pedro DIAZ COLODRERO (de Buenos-Aires). (*Revista latino americana de psiquiatria*, 1re année, n° 3, avril 1952, p. 6-11).

Rappelant les principes essentiels et les applications possibles de la théorie de Jackson, l'auteur en examine ensuite les valeurs, s'appuyant essentiellement sur la critique de Guiraud. Il ne croit pas justifiées certaines conceptions du néo-jacksonisme dans le domaine psychiatrique, voit dans certaines vues une opposition entre une théorie organiciste et moniste, et une autre, paralléliste et dualiste. Malgré ces réserves, l'auteur reconnaît la valeur de l'apport de Jackson à la connaissance du fonctionnement normal et pathologique, tant nerveux que mental, en particulier par la notion de libération.

V.-J. DURAND.

Fondements de le psychiatrie comparée (Fundamentos de la psiquiatria comparada), par Gregorio BERMANN (de Cordoba). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, nº 2, janvier 1952, p. 61-68).

Les problèmes soulevés par l'énorme accroissement des maladies nerveuses et mentales ne peuvent être résolus par les méthodes classiques de recherche. Il faut de nouveaux procédés parmi lesquels : l'écologie psychiatrique, l'histoire socio-psychiatrique, menant à la découverte de nouveaux syndromes, enfin la psychiatrie comparée. Celle-ci part des données de la psychiatrie, de la sociologie, de l'anthropologie culturelle, de l'histoire et de l'économie, ayant pour objet de confronter les manifestations psychiques des pays ou collectivités variés. Certains éléments sont nécessaires pour la recherche : le fond historico-culturel, l'état actuel et le rythme de développement, la géographie psychiatrique, enfin la statistique comparée. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les limites de la santé mentale (I limiti della sanita mentale), par Carlo FERRIO (de Turin). (*L'ospedale psichiatrico*, 19e année, fasc. 2, avril-juin 1951, p. 91-102).

Il est toujours difficile, en pathologie générale, de définir le concept de maladie et de délimiter l'état normal de l'état morbide. La tâche est encore beaucoup plus difficile en psychiatrie. La base la meilleure pour une bonne distinction est la notion d'adaptation à l'ambiance. Si la définition des infirmités psychiques est relativement facile, les personnalités anormales (dont le critérium est essentiellement psychologique et statistique) sont plus malaisées à préciser ; pour les maladies mentales à critérium biologique, le problème est plus simple.

V.-J. DURAND.

Le retentissement de la nutrition sur les phénomènes psychiques, par Paule ASCHKENAZY-LELU. (*L'encéphale*, 1951, nº 4).

Dans cette intéressante revue générale des modifications que peut subir la conduite sous l'influence du régime alimentaire, l'auteur, après avoir étudié l'action indirecte sur la conduite des aliments à action hormonale (iode, acides aminés, acide ascorbique, manganèse, etc.) et des aliments à action antivitaminique, expose l'action directe sur la conduite d'abord d'aliments autres que les vitamines (lactose, protéines, acide glutamique, végétarisme, carences minérales) donne de nombreux exemples de l'action directe des vitamines (amide nicotinique et folie pellagreuse, pyridoxine et excitabilité cérébrale, riboflavine et syndrome neuro-cutané accompagné de troubles psychiques, rôle antinévritique de la thiamine et son action de « doping », carences cachées en vitamines diverses). En conclusion, l'auteur rappelle la nécessité d'une alimentation variée et les dangers des régimes déséquilibrés qui favorisent ou même déterminent des troubles du comportement, lesquels portent presque toujours, non sur les fonctions intellectuelles qui se montrent plus résistantes à ces agressions, mais sur les tendances affectives, l'émotivité, la personnalité.

R. C.

Le retentissement de la nutrition sur les phénomènes psychiques, par Paule Aschkenasy-Lélu. (44 pages, in *L'encéphale*, 1952, n° 2).

La personnalité ayant une base biochimique, l'auteur étudie les variations des constantes biologiques comme indices des différents types de personnalité. Par l'analyse quantitative des taux moyens quotidiens des constituants du sang, Goldstein est arrivé à la notion de variabilité métabolique liée à l'instabilité émotionnelle. D'où l'idée d'une biochimie plus ou moins individuelle qui serait le support de la multiplicité des tempéraments.

Recherchant la possibilité d'une caractérisation biochimique du normal et du pathologique, l'auteur examine successivement les modifications quantitatives des constantes biologiques chez les psychopathes, la présence de substances aberrantes chez les psychopathes, la conception dynamique d'une biochimie des maladies mentales (thermodynamique des enzymes cérébraux dans la paralysie générale, perturbations des mécanismes oxydatifs du cerveau dans les maladies mentales, déficience de l'assimilation en oxygène dans la schizophrénie).

En conclusion, l'auteur exprime l'espoir « que lorsque notre connaissance du métabolisme de la cellule nerveuse, et du cerveau plus particulièrement, sera aussi avancée que celle du muscle, nous saurons de ce fait comment le comportement peut dépendre de la façon dont se fait la combustion du glucose et l'assimilation de l'oxygène dans les cellules corticales, autrement dit peut dépendre de la nutrition du cerveau. La nutrition au sens large nous apparaîtra ainsi dans son rôle, à la fois de base, mais aussi de régulateur du comportement, au même titre que le système nerveux ou les glandes endocrines ».

En appendice, essais d'applications thérapeutiques : importance d'une alimentation équilibrée des aliénés, thérapeutiques humorales extra-hormonales, thérapeutiques enzymatiques. Importante bibliographie.

R. C.

Pathologie des aspects neurologiques et psychiatriques de quelques manifestations carentielles avec troubles digestifs et neuro-endocriniens. Les déterminations mentales de la stéatorrhée idiopathique (Sprue non tropicale), par François Martin (de Genève). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, avril 1952).

Deux observations anatomo-cliniques de stéatorrhée idiopathique (sprue non tropicale) avec cachexie et troubles mentaux progressifs (troubles caractériels, irritabilité, désintérêt, troubles de l'affectivité, confusion, démence). Les lésions diffuses du système nerveux sont décrites en détail, dans l'une des deux observations, carence en vitamine E.

Introduction à l'étude des déterminations encéphaliques des cachexies d'origine digestive et neuro-endocrinienne (troubles mentaux et lésions du système nerveux).

L. R.

Quelques notes sur l'hypertension (A few notes on hypertension), par S. Lowy (de Londres). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 3, juillet 1951).

L'intensité de l'effort mental associé joue souvent un plus grand rôle que celle du travail musculaire dans l'élévation de la pression artérielle. On

peut retrouver chez les hypertendus des traits de personnalité assez caractéristiques avec prédominance de l'insatisfaction, de l'inquiétude, du ressentiment. Bien que parfois inactive, la psychothérapie est ordinairement assez efficace. Le rôle du psychothérapeute n'est d'ailleurs pas toujours simple. Son comportement doit être très nuancé.

V.-J. Durand.

De l'altération des fonctions cérébrales dans l'hypertension cérébrale, par N. S. Apter, W. C. Halstead et F. Heimburger. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 11, mai 1951, p. 808).

Les complications cérébrales de l'hypertension essentielle comprennent quatre phases successives. Avant même que l'hypertension devienne permanente, on note le mal de tête, des vertiges, l'irritabilité, la fatigue et la faiblesse. Quand l'augmentation de la pression dans les capillaires s'accompagne d'œdème du cerveau ou d'artériospasmes avec ischémie localisée, il s'agit d'encéphalopathie hypertensive aiguë. Plus tard, des lésions diffuses à la fois aiguës et chroniques constituent l'encéphalopathie hypertensive chronique. La phase terminale est marquée par de grosses lésions cérébrales, conséquences d'hémorragies, de thromboses, de ramollissements aigus.

Au début de l'involution organique du cerveau, le syndrome psychiatrique comprend les troubles de la personnalité tels que : acrimonie, moins bonne volonté à se soumettre aux nécessités, réduction des tendances à se perfectionner ; on note des troubles du jugement et de la mémoire, de l'insomnie, la perte de l'énergie, de l'anxiété. La durée du syndrome dépend moins de l'importance des lésions cérébrales que de la capacité de la personnalité à s'intégrer. Malgré que le syndrome clinique puisse ressembler parfois au syndrome frontal, il y a lieu d'admettre que les lésions cérébrales sont diffuses. La différence fréquemment observée entre les manifestations, les capacités adaptatives et l'absence de signes neurologiques semble plaider en faveur d'altérations vaso-motrices et de modifications biochimiques subtiles.

L. Marchand.

Désintégration sociale et détérioration mentale (Desintegracion social y deterio acion mental). par Gregorio Bermann (de Buenos-Aires). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, n° 1, octobre 1951, p. 27-38).

Dans l'étude psychiatrique, il est impossible de connaître la place de l'homme dans la société ; on a trop tendance à négliger l'état de santé psychique des groupements humains. L'auteur défend la notion de « Société malade » et critique les conceptions psycho-somatiques. Il faut reconnaître l'existence d'une désintégration sociale. La crise actuelle conditionne, dans son énorme complexité, l'état de santé psychique. Les difficultés pour bien apprécier cette relation nécessitent l'emploi de nouvelles méthodes, qui dépassent celles de la psychiatrie classique. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Le syndrome psychosomatique de désadaptation (El sindrome psicosomatico de desadaptacion), par C. Alberto Seguin (de Lima). (*Rivista latinoamericana de psiquiatria*, 1re année, n° 1, octobre 1951, p. 16-26).

Sous le nom de syndrome psycho-somatique de désadaptation, l'auteur décrit une série de tableaux cliniques très communs dans les villes côtières du Pérou, reliés à la désadaptation psycho-physique dont souffrent les habitants de l'intérieur quand ils doivent vivre au bord de la mer. L'auteur étudie les relations avec l'adaptation psychopathologique et sociale, les facteurs anthropologiques en jeu, envisageant avec précision l'étiologie, la symptomatologie, les formes cliniques, la pathogénie, l'évolution, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

V.-J. Durand.

L'homme et la chose imprimée. Etude psychopathologique (O homem e o impresso. Estudo psicopatologico), par M. Schachter (de Marseille). (*Neurobiologia*, Recife T. 14, n° 3, septembre 1951, p. 184-193).

C'est un thème intéressant le clinicien et le psychologue que l'étude des relations unissant l'homme et la chose imprimée. S'appuyant sur la littérature et son expérience personnelle, l'auteur décrit divers aspects de la question, considérant les bibliophages très courants, les vrais et les faux bibliophiles, les bibliomanes, les bibliophobes, les biblioclastes et enfin les bibliolâtres. Seule une étude psychologique profonde, pouvant s'aider des tests projectifs, peut donner des renseignements complets sur la motivation de tels comportements.

V.-J. Durand.

Psychopathologie du travail, par Paul Sivadon. (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1952).

L'auteur se propose d'examiner les attitudes anormales du psychopathe devant le travail et l'influence du travail sur les psychopathes, la pathologie et non la psychologie du travail, à la lumière des rares travaux antérieurs et des siens propres. Trois chapitres exposent les divers aspects du problème : l'adaptation du psychopathe au travail, le travail pathogène, le travail thérapeutique. Si la psychiatrie est la pathologie des comportements, écrit Sivadon, qui justifie, de façon intéressante son essai, on comprend mal qu'elle porte si peu d'attention à l'un des comportements des plus importants de l'homme.

M. Leconte.

La néo-sociabilité des aliénés, par le professeur M. Laignel-Lavastine. (*Archives internationales de neurologie*, 70e année, 1951, n° 2, p. 20-33 ; n° 3, p. 34-47 ; n° 4, p. 54-61 ; n° 5, p. 72-80 ; n° 6, p. 91-98).

Dans une série de cours prononcés en 1940 et publiés cette année, le professeur Laignel-Lavastine décrit quelques exemples de la néosociabilité observés en milieu hospitalier chez les aliénés, qu'il s'agisse de psychasthé-

niques, d'alcooliques, d'épileptiques, de paranoïaques amoraux constitutionnels, de criminels. Les niveaux de cette néosociabilité sont évidemment très variables, pouvant, par exemple, dans les états délirants, permettre une intégration complète dans la vie réelle, réaliser une vie délirante dans le monde réel, ou n'autoriser qu'une vie délirante dans un monde néoformé. D'intéressantes observations illustrent l'exposé.

V.-J. Durand.

Les paramnésies : sens, histoire, formes, doctrines (Le paramnesie : senso, storia, forme, dottrine), par Tommaso Senise (de Naples). *Il Cervello*, 27e année, nº 5, 15 septembre 1951, p. 321-370, et nº 6, 15 novembre 1951, p. 442-472).

Montrant d'abord le rôle essentiel de la mémoire par laquelle « le microcosme absorbe et comprend le macrocosme », l'auteur étudie ensuite systématiquement les paramnésies. Elles furent décrites d'abord au sens large, puis avec une acception plus précise. Les phénomènes de « déjà vu », de « déjà vécu », les illusions palingnostiques sont envisagées. Une intéressante revue de la contribution des littérateurs est suivie d'un historique détaillé des travaux médicaux sur la question. Puis est faite une soigneuse étude des principales doctrines explicatives : doctrine de la transmission héréditaire, application d'un concept de Platon, doctrine de la dualité anatomo-fonctionnelle ou de la double perception, doctrine de l'analogie, doctrine de l'imagination et du rêve, doctrine de l'émotion et du sentiment, doctrine bergsonienne de la scission entre perception et souvenir et de l'inattention à la vie. Un petit chapitre est consacré au phénomène du « mal vu » ou de « l'entièrement nouveau ». En conclusion, l'auteur pense que les théories les plus plausibles sont celles de l'analogie des perceptions, passées et présentes, de l'imagination et du rêve, et enfin de l'émotion et du sentiment. Très nombreuses références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les psychoses dégénératives de Kleist à la lumière de la génétique humaine, par Mario Robortella. (*Arquivos do departamento de Assistencia a Psicopatas do Estado de São-Paulo*, vol. XVI, janvier-décembre 1951, p. 33-37).

Le terme de dégénération a été utilisé par Kleist dans le sens génétique, donc d'une façon différente des anciennes écoles française et italienne. Les psychoses de ce groupe sont caractérisées par une évolution cyclique, à phases simples ou multiples, et par désagrégation psychique transitoire de degrés divers. Elles ont ordinairement un pronostic favorable, se montrant en marge des formes endogènes typiques, et se répartissant en variétés cycloïdes, paranoïdes et épileptoïdes. A l'hôpital de Juqueri, elles constituent un quart des psychoses endogènes. C'est dans le groupe épileptoïde que se montre une plus grande concordance entre la psychose du sujet et celles de ses parents.

V.-J. Durand.

La place de l'hérédo-syphilis dans la neuro-psychiatrie infantile, par C.-A. Pierson (de Casablanca). (*Maroc médical*, mars 1952).

Rappelant l'évolution des idées sur la notion d'hérédo-syphilis et la révision de sa valeur dans l'étiologie des maladies mentales, M. C.-A. Pierson en donne des exemples concluant que, d'après son « expérience personnelle, dans la généralité des maladies mentales de l'enfance, de l'adolescence ou de l'âge adulte, la syphilis congénitale n'entre que pour une part moyenne dans la genèse de l'état morbide, part comparable à celle des autres toxi-infections et des autres hérédités ».

R. C.

Les faits du langage. Langage et motricité, par G. de Parrel. (*Bull. de la Société de médecine de Paris*, séance du 22 décembre 1951).

L'auteur insiste sur l'intérêt d'étudier avec attention les corrélations normales entre les acquisitions du langage et celles de la motricité au cours du premier âge, et de dépister ainsi les retards, les discordances ou les troubles de cette évolution. Dès les premiers mois, apparaissent les réflexes de succion, de défense, d'éternuement. Grâce à la préhension et à la palpation, l'enfant découvre le monde extérieur en même temps qu'il crie et gazouille. Vers 5 mois, il tient sa tête droite et il babille ; il commence à écouter, à regarder, à opposer le pouce. A 7 mois environ, il cherche à imiter les mouvements, y compris ceux de la syllabation. Entre 1 an et 2 ans, il coordonne ses mouvements en vue de la marche, de l'articulation, de la mimique, et le jeu assouvit son désir d'activité. A partir de 2 ans, l'enfant s'élance vers les phrases, obéit aux ordres simples, marche, monte, recule, tient son verre et sa cuillère. De 3 à 4 ans, sa personnalité parlante et agissante se confirme ; il monte l'escalier sans aide, il saute, serre la main qu'on lui tend, comprend ce qu'on lui dit et se fait comprendre. La qualité et la rapidité de ses progrès moteurs et phonétiques sont liées à l'action éducative de l'entourage.

L. R.

Trois cas d'entendants muets. Retard du langage, par C. Launay et Soulé. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 5 février 1952).

MM. C. Launay et Soulé rapportent trois observations d'enfants, entre 6 et 10 ans, qui, malgré une excellente audition et un comportement intellectuel normal, ne s'expriment pas par la parole : langage gestuel et idioglossie. Pour deux d'entre eux, les tests d'intelligence donnent un résultat tout à fait normal. Pour le troisième il existe un petit déficit.

Les auteurs discutent de la pathogénie de ce syndrome rare qui se relie au retard simple du langage, dont il représente une forme exceptionnellement prolongée. Contrairement à l'opinion classique, ils n'ont trouvé aucun déficit moteur ni praxique dans les trois cas étudiés, mais deux des enfants sont des gauchers et l'autre, après une rééducation du langage, s'avère être une dyslexique. Ils soulignent à nouveau la parenté de ces troubles de maturation chez l'enfant : troubles du langage, de l'activité motrice, de la dominance latérale, de l'apprentissage de la lecture.

L. R.

L'anorexie mentale, données récentes sur sa pathogénie, par Paul L.-A. Labbé (de Bruxelles). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mars 1952).

Passant en revue, les différentes théories émises sur la pathogénie de l'anorexie mentale, l'auteur conclut que le développement récent des investigations biologiques et psychologiques confirme « la valeur et la justesse de la conception défendue avec succès par le professeur J. Delay, qui fait de l'anorexie mentale, endocrinonévrose juvénile, le type d'une maladie psychosomatique ».

R. C.

Symptômes et syndromes mentaux dans la maladie de Parkinson, par R.-S. Schwab, H.-D. Fabing et J.-S Prichard. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 12, juin 1951, p. 901).

L'augmentation du tremblement chez les sujets atteints de maladie de Parkinson sous l'influence de la colère, de la tension, de la frustration, de la fatigue, est un fait bien établi. L'aggravation de la maladie et l'exacerbation des symptômes sous l'influence d'un trauma, d'une infection sévère, de chocs émotifs sont fréquentes. En dépit de ces constatations, cette maladie est généralement considérée comme une affection neurologique et on accorde peu d'attention aux troubles mentaux présentés par ces malades. L'étude actuelle porte sur les symptômes et syndromes psychiatriques présentés par 200 malades atteints de maladie de Parkinson.

1° Il y a des troubles mentaux qui n'ont aucun rapport avec cette affection. Par exemple, la psychose maniaque-dépressive, qui souvent débute bien avant les premiers symptômes parkinsoniens.

2° Des troubles mentaux réactionnels sous forme d'état dépressif peuvent être le résultat du choc émotionnel provoqué par la maladie de Parkinson et par la triste condition de vie du sujet.

3° Des états confusionnels aigus peuvent être dus aux toxiques utilisés comme traitement (hyoscine, belladone, stramonium). Les antibiotiques peuvent aussi avoir le même effet.

4° Des syndromes mentaux paroxystiques peuvent être en rapport avec la maladie de Parkinson et souvent ils sont associés à des crises oculogyres ; les auteurs décrivent des crises anxieuses, des attaques de quelques minutes ou de quelques heures de durée sous forme d'obsessions portant sur des pensées, des chiffres, des mots ; des crises dépressives brusques, fugaces, des attaques paranoïdes avec idées d'hostilité contre les personnes de l'entourage ; des crises de sensation étrange dans les membres ; des réactions schizoïdes avec sentiment d'irréalité et de dépersonnalisation, des états d'agitation et de tension anxieuse, des crises de fatigue.

La pathologie de la maladie de Parkinson intéresse les ganglions de la base, le mésencéphale, le thalamus, l'hypothalamus, et même le cortex et les aires sous-corticales des lobes temporaux et frontaux ; il n'est donc pas surprenant que de nombreux syndromes psychiatriques viennent s'associer au syndrome neurologique.

L. Marchand.

Symptômes mentaux associés aux néoplasmes intracraniens, par L. Soniat. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 1, juillet 1951, p. 19).

Travail portant sur les symptômes psychiatriques présentés par 128 malades atteints de tumeurs intra-craniennes. Certains de ces symptômes peuvent être attribués aux modifications cérébrales produites par les tumeurs ; d'autres sont en rapport avec la personnalité des sujets, antérieure au développement des tumeurs. Il existe une similitude de symptômes dans les tumeurs du lobe frontal et celles du lobe temporal avec cette exception que, dans les tumeurs du lobe temporal, les hallucinations olfactives, gustatives et visuelles sont plus communes. Le diagnostic est particulièrement difficile chez les enfants qui sont incapables de préciser leurs symptômes ; céphalée, irritabilité, comportement inhabituel, vomissements même peuvent être attribués à tort à des troubles gastro-intestinaux.

Les tumeurs du lobe frontal situées en avant des aires motrices se traduisent insidieusement par des particularités dans la personnalité du sujet. Comme autres manifestations, on note des troubles de la mémoire, de la difficulté de l'attention, une diminution de l'affectivité jointe à une apathie progressive concernant les affaires domestiques et commerciales, un manque de soins personnels, l'emploi d'un langage obscène et facétieux. A noter que les hallucinations symptomatiques d'une tumeur du lobe temporal peuvent s'associer à un état de rêve et à des accès uncinés. Les hallucinations symptomatiques de tumeur occipitale peuvent prendre la forme d'une lueur blanche ou colorée. Au cours des tumeurs du troisième ventricule, on peut observer un violent mal de tête, qui disparaît brusquement par un changement de position de la tête ; on ne doit pas commettre l'erreur de le considérer comme de nature hystérique. De même l'hypersomnie, qui est produite par les tumeurs du plancher du troisième ventricule, et qui peut survenir sous forme d'accès, ne doit pas être confondue avec la narcolepsie et l'hystérie. L'épilepsie autonome diencéphalique, qui est aussi produite par les tumeurs de cette région, ne doit pas être considérée comme un trouble purement psychogène.

L. Marchand.

NEUROLOGIE

L'angiographie cérébrale et les aspects angiographiques des glioblastomes multiformes (La angiografia cerebral y aspectos angiograficas de los glioblastomas multiformes), par José Ramon Martinez Diöz (de Vigo). (*Coleccion española de Monografias medicas*, Barcelone, n° 141-142, p. 11-70).

L'auteur décrit les principes de l'angiographie cérébrale, la technique, les résultats obtenus d'abord chez le sujet normal, puis à l'état pathologique. Les modifications en cas de tumeur et surtout de glioblastomes multiformes sont ensuite décrites. 24 observations sont rapportées. Photographies nombreuses et figures. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Les gliomes multiples de l'encéphale (I gliomi multipli dell encefalo), par Cesare MANGINI (de Bologne). (*Rivista di Neurologia*, vol. 21, fasc. 1, janvier-février 1951, p. 63-67).

Sur 10.770 autopsies faites à l'Institut d'anatomie pathologique de Bologne de 1928 à 1948, il a été trouvé 85 tumeurs de l'encéphale, dont 82 gliomes. Sur ces derniers, six étaient à foyers multiples. D'après les données de la littérature, apparaît une nette prédominance des glioblastomes multiformes. L'auteur rappelle l'essentiel de la question. Au point de vue pathogénique, trois théories sont possibles : l'une métastatique, l'autre de l'accroissement discontinu, la troisième de développement simultané des foyers multiples.

V.-J. DURAND.

A propos des méningiomes intra-ventriculaires. La forme pseudo-hypophysaire, par J.-A. CHAVANY, M. BONDUELLE, et G. GUIOT (de Paris). (*La Presse médicale*, 23 janvier 1952).

Observation d'un énorme méningiome intraventriculaire du carrefour gauche survenu chez une jeune fille de 22 ans qui se présentait cliniquement et *surtout radiologiquement* comme atteinte de *cranio-pharyngiome*. L'existence d'une hémianopsie latérale droite qui s'observe à titre exceptionnel dans les poches de Rathke suggérait un doute qui fut levé par la *ventriculographie*. Celle-ci concluait fermement en faveur d'une tumeur profonde de la partie postérieure de l'hémisphère gauche. L'exérèse, très longue et difficile en raison du volume de la tumeur (225 gr.), aboutit à la guérison complète sans aucune séquelle post-opératoire. Seule l'hémianopsie pré-opératoire ne fut pas influencée.

L. R.

Les signes cliniques de localisation des tumeurs cérébrales, par François FÉNELON, ancien chef de clinique neuro-chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, neuro-chirurgien assistant de l'hôpital de la Pitié. (*Médecine et hygiène*, Genève, 15 octobre 1951).

Après avoir indiqué la marche à suivre pour poser le diagnostic d'une lésion tumorale et de sa localisation cérébrale et rappelé que ces tumeurs cérébrales créent deux ordres de troubles de localisation (le premier mécanisme se manifestant par des signes dits de déficit et le second mécanisme par des signes dits d'excitation), l'auteur groupe les symptômes de façon à décrire des syndromes topographiques. Il décrit successivement, de façon claire et schématique : un syndrome pré-frontal, un syndrome para-rolandique (ou paracentral), un syndrome temporal, un syndrome occipital, un syndrome profond, syndromes pouvant se présenter à l'état pur ou se trouver intriqués.

R. C.

Quelques considérations sur les tumeurs cérébrales sans œdème de la papille (Algunas consideraciones sobre tumor cerebral sin e ema de papila), par Alfredo DELGADO N. de G. et Emilio MAJLUF. (*Revista de neuropsiquiatria*, Lima, t. 14, n° 1, mars 1951, p. 57-77).

Après avoir rappelé les notions essentielles sur l'œdème de la papille et, en particulier, sur ses mécanismes de production, les auteurs rapportent six observations de tumeur cérébrale ne s'étant pas accompagnées de modifications papillaires. Il s'agissait d'un oligodendrocytome frontal, évoluant depuis treize ans, sans hypertension intracranienne, et d'un méningiome frontal bilatéral ; d'un méningiome précentral droit, sans hypertension intracranienne ; d'un neurinome de l'acoustique, évoluant depuis plus de trois ans ; d'un méningiome parasagittal avec hypertension endocranienne ; enfin, d'un astrocytome frontal. Les auteurs discutent les raisons qui expliquent l'absence de stase papillaire. Dix photographies. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les isotopes radioactifs dans la localisation des tumeurs cérébrales, par Bertram SELVERSTONE (*Presse médicale*, 59, n° 53, 11 août 1951).

Le phosphore radioactif (P. 32) se concentre davantage dans une tumeur que dans le cerveau sain. Administré par voie intraveineuse la veille de l'opération à la dose de 0,5 à 2 millicuries sous forme de phosphates mono et bisodique, il se localise électivement sur la néoplasie. Au moyen d'un compteur-aiguille de Geiger spécialement construit, on mesure la radioactivité en profondeur, pendant l'intervention, sur la zone suspecte. Il est alors possible de localiser la tumeur et d'en préciser les limites. Un appareil portatif fonctionnant sur piles sèches indique directement sur un cadran le nombre de désintégrations/minute. Des essais sont actuellement faits avec le potassium radioactif.

V.-J. DURAND.

Nouveau signe radiologique pour le diagnostic de tumeurs frontales (Novo sinal radiologico para o diagnostico de tumores frontais), par Mussa H. HAZIN (de Recife). (*Neurobiologia Recife*, t. 14, n° 2, juin 1951, p. 74-98).

Se basant sur sept cas personnels de tumeurs frontales en rapport avec la voûte orbitaire (deux méningiomes, un glioblastome multiforme, un oligodendrogliome, un médulloblastome, un cholestéatome, une forme de diagnostic imprécis), l'auteur décrit un signe radiologique de valeur. Il s'agit d'abaissement et de modifications d'aspect de l'arc orbitaire supérieur sur des clichés pris suivant les incidences habituelles ou suivant certaines inclinaisons spéciales. Ce symptôme doit attirer l'attention, faire penser à une tumeur frontale. 18 radiographies montrent les déformations décrites.

V.-J. DURAND.

Tumeur de la pinéale ayant évolué uniquement avec syndrome chiasmatique et avec réponses vestibulo-oculaires particulières (Tumore della pineale decorso unicamente con sindrome chiasmatica e con particolari riposte vestibulo-oculari), par V. Floris et L. Agostini (de Bologne). (*Rivista di Neurologia*, vol. 21, fasc. 3, mai-juin 1951, p. 181-195).

Les auteurs rapportent une observation de pinéalome ayant évolué pendant longtemps avec une symptomatologie essentiellement chiasmatique faisant penser à une arachnoïdite opto-chiasmatique. A une phase tardive, apparurent des troubles cérébelleux avec, en particulier, nystagmus vertical à la stimulation simultanée des labyrinthes dans l'épreuve calorique. Les auteurs discutent la physiopathologie des troubles, illustrant leur exposé de photographies et donnant des références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Les tumeurs pinéales et leurs formes malignes avec métastases spinales, par Ch. Mahaim (de Lausane . (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 71, fasc. 1/2, Zurich, 1953).

L'auteur rapporte quatre observations de tumeurs pinéales différentes : tératome, pinéalome anisomorphe, pinéalome spongioblastique, médulloblastome pinéal ; ces deux derniers cas compliqués de gliomatose méningée diffuse. Revue des cas publiés antérieurement. Symptomatologie, histo-pathologie et classification des tumeurs épiphysaires. 16 figures.

L. R.

Périodicité de quelques phénomènes cérébraux. Etude électro-encéphalographique, par G. Pampiglione et F. Martin (de Genève). (*Archives suisses de neurologie ei de psychiatrie*, vol. 71, fasc. 1/2, Zurich, 1953).

Etude des phénomènes électro-encéphalographiques montrant une tendance à la périodicité d'assez longue durée (période de plus d'une seconde) et de leur comparaison aux accidents plus nettement périodiques de l'encéphalite subaigu. 5 tracés.

L. R.

Contribution clinique à l'étude du syndrome d'Adie (Contributo clinico allo studio della sindrome di Adie), par Carlo Franchini (de Novare). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 79e année, fasc. 4, 1951, p. 527-539).

Deux cas de syndrome d'Adie sont rapportés : l'un suivi pendant sept ans avec pupille droite tonique, abolition des réflexes rotuliens, réactions sérologiques négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ; l'autre observé pendant quatre ans, avec pupillotonie bilatérale et vivacité des réflexes rotuliens, sérologie un moment partiellement positive dans le liquide céphalo-rachidien. Le deuxième cas peut être discuté. L'auteur, à propos de ses observations, expose les hypothèses émises au sujet de la pathogénie du syndrome. Une fois éliminée l'infection syphilitique, il pense à une névraxite à siège diencéphalique et plus particulièrement hypothalamique.

V.-J. Durand.

Syndrome du pédoncule cérébelleux supérieur après fracture fronto-pariétale chez un enfant de 10 ans, par Léon Michaux et P. Aubert. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 15 janvier 1952).

Chez un enfant, dysmétrie et tremblement intentionnel avec hypodiadococinésie du côté droit, entraînant la nécessité d'un apprentissage de la main gauche pour l'écriture et l'alimentation. Ces signes sont apparus un mois après une fracture fronto-pariétale gauche. Ils ne tendent pas à la régression après 18 mois. Les auteurs incriminent une lésion traumatique du pédoncule cérébelleux supérieur, liée à une lésion de l'artère cérébelleuse supérieure. Malgré l'absence de régression, ils éliminent une sclérose en plaques au début.

L. R.

Tumeur cérébelleuse avec symptomatologie de sclérose en plaques (Tumore cerebellare con sintomatologia di sclerosi multipla), par Eliano Cavicchi (de Ferrare). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 1, janvier-février 1951, p. 8-13).

L'auteur rapporte une intéressante observation de tumeur du vermis cérébelleux, dont les signes avaient fait penser à une sclérose multiloculaire : début lent par troubles cérébello-pyramidaux, disparition des réflexes cutanés abdominaux, nystagmus, parole scandée, évolution par poussées, pas de stase papillaire, pas de signes d'hypertension liquidienne à la ponction lombaire. Au cours du dernier épisode, cependant, apparition de symptômes d'hypertension intracranienne. Evolution mortelle.

V.-J. Durand.

Névralgie faciale et sclérose en plaques, par J. Dereux (de Lille). (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 22 janvier 1952).

D'après ses observations personnelles et les documents de la littérature, M. J. Dereux envisage les rapports qui unissent ces deux affections. Sur 382 cas de sclérose en plaques, il a relevé 4 cas de névralgie faciale, soit 1 pour 100. La névralgie faciale est parfois le ou l'un des signes de début, ses symptômes sont ceux de la névralgie dite essentielle. Elle peut aussi apparaître à la période d'état, son apparition coïncidant souvent avec une poussée, survenant en général chez des malades jeunes et assez souvent bilatérale, soit d'emblée, soit successivement. Les constatations anatomiques, peu nombreuses d'ailleurs, permettent d'affirmer qu'il y a entre les deux maladies un rapport de cause à effet. Le traitement de la névralgie dans ces cas est le même que celui de la névralgie dite essentielle.

L. R.

Le diagnostic précoce de la tuberculose méningée, par Jean Salvaing. (*Le bulletin médical*, 1er novembre 1951).

Rappelant la nécessité thérapeutique et les difficultés du diagnostic rapide et précoce de la tuberculose méningée, l'auteur insiste sur le double danger

d'une arrivée trop tardive du malade dans un centre de traitement ou d'une mise en œuvre de la streptomycinothérapie sur d'insuffisantes présomptions, ce qui rendra difficile ensuite la correction éventuelle du diagnostic.

Le diagnostic des cas typiques ne comporte aucune difficulté. Bien qu'évident, il peut cependant être trop tardif ; un ou plusieurs éléments du diagnostic peuvent manquer ; la découverte des bacilles de Koch à l'examen direct qui confirmerait le diagnostic est de ces éléments le plus inconstant. Les formes typiques d'emblée sont d'ailleurs, de toutes, les moins fréquentes.

Mais les difficultés du diagnostic concernent surtout des formes frustes et des formes atypiques (manifestations de souffrance médullaire présentées par 20 % des malades envisagés, anomalies du liquide céphalo-rachidien). D'où la recherche d'éléments de présomption parmi lesquels (en dehors d'épreuves de pratique moins répandue ou encore à l'étude), l'auteur souligne la recherche des signes de tuberculose ancienne ou récente, parfois même contemporaine de la méningite, et la recherche des signes de souffrance encéphalique en utilisant pour cela : l'examen ophtalmoscopique, l'électro-encéphalographie, l'exploration encéphalographique des ventricules et des espaces arachnoïdiens. Ces présomptions, dont l'auteur conseille la recherche systématique, mais « dont aucune n'est au fond indispensable, n'ont de valeur que par leur groupement » et « le diagnostic précoce de la tuberculose méningée reste très difficile ».

R. C.

Le tracé de méningo-corticalité au cours de la méningite tuberculeuse de l'enfant. Confrontation anatomo-clinique, par J. Chaptal, P. Passouant, D. Brunel, H. Latour, R. Jean, J. Cadilhac. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 1er février 1952).

Parmi 67 malades atteints de méningite tuberculeuse et explorés par 390 électro-encéphalogrammes, le tracé de « méningo-corticalité » a été observé chez 18 malades, soit dès le début de la maladie, soit en cours de traitement. Ce tracé s'exprime par une dysrythmie polyrythmique avec activité *delta* ou *subdelta* nettement localisée à une ou plusieurs dérivations ou par une focalisation électrique précise (opposition de phases) ou par une image d'écran. Il correspond, dans les 2/3 des cas, à un syndrome clinique unilatéral.

Les confrontations électro-encéphalographique, clinique et anatomique, ont permis d'isoler les lésions suivantes : soit arachnoïdite kystique, œdémateuse ou fibrocaséeuse ; soit lésion corticale : œdème, infiltration ou tuberculome ; soit lésion sous-corticale profonde de nature vasculaire, entraînant une réaction œdémateuse temporaire du cortex.

La cicatrisation d'une lésion corticale ou arachnoïdienne a abouti dans un cas à la constitution d'une comitialité corticale à expression électro-encéphalographique et clinique.

L. R.

Pronostic éloigné des méningites tuberculeuses, par M. Asiel (de Bruxelles). (*Archives belges de médecine sociale, hygiène, médecine du travail et médecine légale*, juin 1953).

Sur 102 malades atteints de méningite tuberculeuse et traités par streptomycinothérapie de juillet 1947 à mars 1950, on relève 52 décès en cours de

traitement. Des 50 sortis guéris après un séjour de sept mois en moyenne, 8 sont morts après la sortie du service. Des 42 survivants, 4 ont échappé à l'examen. Parmi les 38 autres, 5 sont indemnes de toute séquelle physique. Des 33 présentant des troubles divers : 11 sont porteurs de lésions tuberculeuses évolutives ; 27 présentent de légers troubles de l'équilibre ; 16, des troubles de l'audition ; 6 des troubles neurologiques focaux peu graves ; 1 a développé un diabète sucré au cours de la méningite ; 6 devenus obèses au cours du traitement, le sont restés. 12 de ces malades présentent des troubles psychologiques (colères anormales, apathie, paresse, sentiment d'infériorité, etc.).

De ces 38 malades, 22 (58 %) ont repris une vie familiale et professionnelle sensiblement normale, 16 (42 %) se sont imparfaitement réadaptés pour des raisons diverses, d'ordre médical, psychologique ou social. L'auteur insiste sur l'importance de l'action du service social après la guérison et après la sortie de l'hôpital.

R. C.

Méningite ourlienne au cours d'une primo-infection tuberculeuse. Difficultés diagnostiques cliniques. Intérêt des réactions sérologiques spécifiques, par Y. Boquien et R. Sohier. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 7 décembre 1951).

Observation d'une fillette chez laquelle le diagnostic de méningite tuberculeuse fut initialement retenu en raison de l'évolution simultanée d'un syndrome méningé aigu et d'une primo-infection bacillaire précédée d'une tuméfaction sous-maxillaire discrète rapportée à une adénopathie. Les réactions biologiques spécifiques (déviation du complément en particulier) ont permis de préciser l'étiologie ourlienne de cette méningite aiguë. Les auteurs insistent sur l'intérêt des nouvelles méthodes sérologiques permettant le diagnostic des oreillons et de leurs diverses localisations.

L. R.

Méningite lymphocytaire bénigne et méningite à virus (Meningite linfocitaria benigna e meningiti da virus), par Enzo Corradini (de Macerata). (*Il Cervello*, 28e année, n° 1, 15 janvier 1952, p. 47-54).

L'auteur rapporte un cas de méningite lymphocytaire bénigne dans le cours de laquelle il fut possible d'observer un tableau de pneumonie primaire atypique, vérifiée radiologiquement. Après une révision rapide des principaux virus capables de créer des syndromes méningés ayant l'aspect de la méningite lymphocytaire aiguë bénigne, l'auteur montre la difficulté du diagnostic étiologique des méningites à virus. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Réaction méningée clinique avec liquide céphalo-rachidien normal chez une jeune fille atteinte d'appendicite aiguë. Guérison par appendicectomie, par P. Léchelle et Foglierini. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 29 février 1952).

Observation d'une jeune fille de 17 ans admise d'urgence à l'hôpital pour un syndrome méningé clinique si caractéristique qu'une ponction lombaire

fut aussitôt pratiquée et montra un liquide céphalo-rachidien normal. Dès le lendemain se manifestèrent les signes d'une appendicite aiguë qui fut opérée deux jours plus tard. L'appendicectomie détermina la disparition du syndrome méningé.

Les auteurs rapprochent ce cas des observations de réactions méningées cliniques sans altérations du liquide céphalo-rachidien, décrites par l'un d'eux chez les femmes atteintes d'affections pelviennes (*Bulletin et mémoire de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 11 mars 1949). Ils insistent sur le fait que, pas plus que celles qui l'ont précédée, cette observation ne permet d'expliquer chez la femme l'apparition d'accidents méningés et cliniques dans les affections pelviennes ou abdominales.

L. R.

Contribution à l'étude de la pathogénie de la sclérose en plaques, par T. de Lehoczky (de Budapest). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, janvier 1952).

Après avoir rappelé les conceptions actuelles de l'étiologie de la sclérose en plaques (théorie infectieuse, théorie hétéro-toxique, théorie auto-toxique, théorie allergique, théorie vasculaire), l'auteur, divisant l'évolution de la sclérose en plaques en trois phases (phase initiale, phase latente, phase démyélinisante), émet l'hypothèse que l'agent pathogène inconnu de la sclérose en plaques, éventuellement un virus, s'installerait dans le système nerveux à la faveur d'une attaque élective et primaire de la voie optique. Dans la phase latente, qui peut durer longtemps et même être définitive, l'organisme est en état d'hypersensibilisation. Les facteurs prédisposants, sur l'importance desquels insiste l'auteur, et, en particulier, le facteur allergique et les facteurs émotifs, modifiant l'équilibre immuno-biologique, préparent la troisième place, démyélinisante, et l'apparition des symptômes cliniques. La substance antigène-anticerveau ayant, au cours des deux premières phases, diffusé à travers tout l'organisme, les foyers ne seront plus liés au système optique et se situeront à n'importe quel point du système nerveux central et périphérique. D'où agent infectieux dans la première phase, agent allergique dans les deux phases suivantes. Cette « hypothèse de travail » est présentée comme basée surtout sur des données statistiques. La fréquence de la sclérose en plaques souligne l'importance sociale de ces problèmes.

R. C.

PSYCHANALYSE

Le Moi et le Soi dans le dessin d'enfants, par Yolande Jacobi. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12, 1953, n° 1).

Comparaison des résultats des expériences de Rh. Kellog sur le schème structural du développement du moi dans les dessins des petits enfants avec les conceptions de Jung sur l'évolution du moi et ses rapports avec le soi. L'auteur conclut qu'avant les représentations réalistes (approximativement de la deuxième à la troisième année), l'enfant produit des formes abstraites et symboliques correspondant probablement à des images inté-

rieures de nature archétypique. Dans ces dessins dominent le cercle et des formes se rapprochant des mandalas, dont la fonction paraît être de stabiliser l'enfant.

L. R.

Comportement névrotique agressif de type œdipien ou comportement schizophrénique chez un jeune adolescent, par M. Schachter et Mlle S. Cotte. (*Gazette des hôpitaux*, n° 51-52, 22-29 décembre 1951, p. 613-615).

Un garçon de 16 ans, à hérédité chargée, présente brusquement des troubles caractériels accentués en rapport avec une jalousie à symbolisme psychosexuel envers sa mère, séparée de son mari et obligée de travailler depuis peu comme serveuse de bar. L'aspect clinique peut évoquer, soit une réaction névrotique sur base œdipienne, soit des manifestations de schizophrénie au début. L'intelligence est normale. Le Rorschach montre une profusion de micro-détails, une chute du F+% par inhibition névrotique, un rétrécissement des facteurs intellectuels de la productivité, des signes d'agressivité. On peut s'orienter vers l'hypothèse d'une réaction névrotique déclenchée par une structuration psychologique de conflit, mais il faut faire des réserves sur l'évolution.

V.-J. Durand.

Considérations sur la névrose et la psychothérapie infantile, par N. Béno. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12 1953, n° 1).

Rapide exposé des troubles de l'évolution psycho-affective complexe de l'enfant et des facteurs biologiques, bio-psychologiques, psycho-traumatiques de l'interférence desquels peut résulter l'éclosion de névroses infantiles. Discussion des difficultés des psychothérapies d'inspiration psychanalytique appliquées à l'enfance et de leurs différentes tendances.

L. R.

Insécurité et troubles du caractère, par Ch. Odier. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, 1952, vol. 11, n° 4).

Travail destiné à mettre en rapport tel trouble du caractère avec une structure mentale, à dégager l'origine infantile et la formation de cette structure au double point de vue analytique et génétique, et à montrer que les particularités des structures envisagées mettent en évidence le rôle du « réalisme enfantin » décrit par Piaget. En dernière analyse, il s'agit d'un essai de montrer le rapport de ces structures avec les sentiments ou états d'insécurité, de rattacher certains troubles du caractère au fait que les sujets n'ont pu, ni trouver, ni établir en eux-mêmes la sécurité indispensable au développement normal de la vie affective, et de la vie sociale en général, du caractère particulièrement. L'auteur décrit quatre types caractériels (agressif et actif ; anxieux et inhibé ; positif-aimant ; masochiste). Vus dans cette perspective génétique, les troubles du caractère, issus de mécanismes régressifs, ne sont pas des formations spontanées que suffiraient à expliquer des causes immédiates ou héréditaires.

L. R.

Psychoanalysis sub specie verbi ac ludi, par Hans CHRISTOFFEL. (*Revue suisse de psychologie pure et appliquée*, vol. 12, 1953, n° 1).

Esquisse des modes de thérapeutique psychanalytique applicables aux enfants et aux malades atteints de psychoses. Discussion de malentendus concernant le transfert, la mise en acte primordiale de l'impulsion, l'impulsion de la répétition et le « rythme en deçà du principe du plaisir ».

L. R.

Les difficultés narcissiques de l'observateur devant le problème psychosomatique, par P. MARTY. (*Revue française de psychanalyse*, juillet-septembre 1952).

Dans son préambule, M. P. Marty rappelle son précédent travail sur les céphalalgies, l'intérêt du cas Marie et les objections qui lui furent faites sur la terminologie employée de névrose céphalalgique au lieu de : névrose et céphalalgies. Pour serrer de plus près les choses, l'auteur se sert d'abord d'un exemple clinique classique, celui de l'ulcère de l'estomac, en présence duquel on rencontre quatre ordres de faits importants : faits d'ordre social, faits d'ordre névrotique, faits d'ordre physiologique au niveau de l'estomac, faits histologiques de la participation cellulaire à l'hypersécrétion. En résumé, l'abord des réalités psycho-somatiques soulève souvent chez l'observateur un certain nombre de résistances névrotiques de nature narcissique qui constituent un obstacle à la poursuite du travail scientifique ; les tendances à la schématisation et à la recherche forcée d'objets d'étude arbitrairement définis, tels qu'elles apparaissent dans quelques positions théoriques, sont des aspects de ces résistances ; l'auto-destruction qu'évoque le problème des pulsions de mort dans son aspect superficiel, constitue un obstacle du même ordre.

M. LECONTE.

Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies, par Pierre MARTY. (*Revue française de psychanalyse*, janvier-mars 1951).

L'auteur se propose de souligner quelques faits des plus caractéristiques dans l'abord psycho-somatique des malades atteints de céphalalgies. Le sujet est volontairement réduit à l'aspect névrotique des céphalalgies, c'est-à-dire à la reconnaissance de la place occupée par la dynamique névrotique des malades étudiés, chaque malade étant abordé en appréciant la place des éléments qui se présentent, qu'ils soient d'ordre somatique ou d'ordre psychique. M. Marty réfute la critique du danger des erreurs de diagnostic, objection si souvent faite, et expose essentiellement une observation détaillée de céphalalgie non migraineuse, le cas Marie. Ayant, par surcroît, une expérience basée sur l'examen de plus d'une soixantaine de malades, l'auteur montre, en les énumérant, combien sont nombreux les problèmes inhérents aux céphalalgies. Quatre ordres de faits peuvent être, du point de vue général, retenus pour servir de base à une théorie des céphalées : l'hérédité biologique, les expériences céphalalgiques primaires, l'identification à la mère, les traumatismes affectifs.

M. LECONTE.

Un cas de maigreur et d'obésité alternantes d'origine psychosomatique, par J. Sinnige. (*L'évolution psychiatrique*, avril-juin 1952).

L'auteur rappelle, au début de ce travail du Service neuro-psychiatrique de l'hôpital Sainte-Elisabeth, d'Illbourg, aux Pays-Bas que, depuis la description que Sir William Grell a donnée en 1874, on connaît l'origine psychique de nombreux cas d'amaigrissement pathologique, vingt-quatre ans avant les cas de cachexie hypophysaire de Simmonds. Un historique et des généralités intéressantes précèdent l'observation d'une femme non mariée de 28 ans, qui consulta l'auteur il y a dix ans. Un tableau des variations des principales constantes intéressées accompagne l'histoire de la maladie, névrotique pour l'auteur qui l'envisage d'un point de vue psychanalytique, insiste sur facteurs psychiques, rôle des fonctions orales, du délaissement affectif, paternel, etc... La malade vivait encore une phase pré-œdipienne. Oralité, agressivité et libido sont restées accouplées sur le mode infantile. La sublimation convenable de l'instinct ne s'est pas accomplie. La défense est représentée par la phase de maigreur ; la libération du même accouplement des instincts infantiles l'est par la phase d'obésité.

M. Leconte.

Le complexe d'abandon chez l'enfant (El complejo de abandono en el niño), par Matilde Lemberger. (*Psiquis, organo oficial de la Liga mexicana de Salud mental*, septembre-octobre 1951, p. 40-44).

Ce complexe s'observe chez des enfants qui ont été séparés de leur mère pendant plusieurs mois. Il y a à la fois retard physique et perturbations psychiques caractéristiques. Le seul moyen de porter remède à cet état est l'éducation des parents et l'effort pour leur faire prendre conscience de leurs devoirs. C'est une tâche longue, à mener avec prudence, pour ne pas éveiller méfiance et hostilité.

V.-J. Durand.

Répercussions de sevrage précoce sur les tableaux d'un peintre moderne. Observations psychanalytiques, par N.-N. Dracoulidès, président de la Société hellenique de psycho-biologie. (*Acta psychotherapeutica, psychosomatica et orthopaedagogica*, Bâle, New-York, vol. 1, fasc. 1, 1953).

Description et interprétation psychanalytique des tableaux d'un peintre grec contemporain. L'auteur les classe en cinq catégories d'après les thèmes psychologiques exprimés. Il y distingue : *a*) l'attachement à la mère « œdipienne » ; *b*) la fixation orale ; *c*) la thématique du sadisme vindicatif ; *d*) l'autoérotisme narcissique ; *e*) l'attachement à une mère « idéale ». Dans l'analyse de ces tableaux, l'auteur met en lumière le problème de la frustration (sous forme de sevrage précoce) et le problème de la fixation orale, tels qu'ils se reflètent dans l'œuvre d'art. (1 planche hors-texte).

L. R.

Applications de la psychanalyse à la psychothérapie de groupe et à la psychothéraphie dramatique en France, par S. Lebovici, R. Diatkine et Mme E. Kestenberg. (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1952).

Avant d'exposer les principes généraux de ces méthodes, les auteurs rappellent que les premières recherches sur la psychothérapie de groupe ont

commencé en France en 1945. Les expériences furent faites par des psychanalystes et des psychothérapeutes, à Paris, dans le Service du professeur Heuyer et au Centre psycho-pédagogique Claude-Bernard. Ils utilisent la terminologie suivante, en distinguant les méthodes verbales (méthodes de psychanalyse de groupe et psychothérapie d'interview) et les méthodes dramatiques (psychanalyse dramatique de groupe et psychodrame analytique). Ces méthodes, exposées schématiquement, reposent sur l'élucidation des relations fantasmatiques qui maintiennent le sujet dans une position de dépendance. Il faut les distinguer, d'une part des méthodes d'investissement libidinal, d'autre part des méthodes de rééducation sociale. Mais, notons-le avec les auteurs eux-mêmes, presque toutes ces méthodes supposent que le malade a gardé une place dans la société et est plus ou moins bien inséré dans les groupes sociaux réels.

M. Leconte.

BIOLOGIE

Sur le taux de cholinestérase du cerveau dans les tumeurs cérébrales et dans le parkinsonisme. (Zür cholinesterasegehalt des Gehirns bei Hirntumoren und bei Parkinsonismus), par G. Weber (de Zürick). (*Bulletin der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften*, vol. 8, fasc. 3, avril 1952, p. 263-268).

Sur 40 cas de tumeurs cérébrales (principalement gliomes), il a été trouvé dans 33 cas des valeurs très variables du taux de cholinestérase dans la substance tumorale. Dans deux cas de parkinsonisme post-encéphalitique, la teneur du putamen et du pallidum était minime. L'auteur se demande si ces modifications peuvent, au moins partiellement, expliquer les symptômes, surtout quand on ne trouve pas de substratum morphologique correspondant au tableau neurologique.

V.-J. Durand.

Essai d'évaluation des erreurs commises dans la mesure de la chronaxie avec divers circuits d'excitation, par A. Strohl. (*Bull. de la Société française d'électro-radiologie médicale de Paris*, séance du 9 octobre 1951).

La présence de capacités de polarisation dans l'organisme humain a pour conséquence de faire passer dans l'organe excité une quantité d'électricité supplémentaire qui diminue la capacité chronaxique.

A cette cause d'erreur vient s'ajouter celle qui provient du fait qu'on ne connaît pas la résistance exacte du sujet. L'auteur indique une méthode de calcul permettant d'évaluer les erreurs commises, en considérant le corps humain constitué par un schéma de Philipson. Il montre ainsi que l'erreur doit être moindre si on supprime la branche commune dans le montage de Bourguignon, en donnant aux autres résistances du circuit des valeurs telles que la résistance globale reste en moyenne la même.

Enfin, l'auteur compare la méthode des condensateurs à celle des courants continus interrompus et conclut que, suivant les grandeurs des éléments du corps humain et de la chronaxie, c'est l'une ou l'autre de ces techniques qui donne le plus de précision dans la mesure de la chronaxie.

L. R.

Circuit sans branche commune pour la mesure de la chronaxie. Comparaison des mesures avec ce circuit et avec le circuit courant, par G. Bourguignon. (*Bull. de la Société française d'électro-radiologie médicale de Paris*, séance du 9 octobre 1951).

Lorsque M. A. Strohl eut fait part à l'auteur que son étude mathématique théorique de divers circuits pour la mesure de la chronaxie avec les condensateurs montrait, pour la correction des variations de la résistance du sujet, la supériorité d'un circuit dérivé sans branche commune sur le circuit comportant une résistance en série avec le circuit dérivé, l'auteur entreprit des recherches expérimentales et réalisa un circuit dérivé sans branche commune dont la résistance totale est de 11.000 ω, à 10 à 15 % près par excès ou par défaut, de sorte que le coefficient nécessaire pour transformer la capacité chronaxique en durée de courant continu reste le même que dans le circuit courant.

M. G. Bourguignon a ensuite comparé chez 40 sujets les chronaxies mesurées successivement avec l'un et avec l'autre circuit sur un même muscle ou nerf chez l'homme et chez le lapin. Les chronaxies sont les mêmes ou très voisines.

D'autre part, il a comparé dans les deux circuits l'intensité rhéobasique et l'intensité avec le double du voltage rhéobasique. La supériorité du circuit sans branche commune est évidente. Partout l'erreur est beaucoup plus faible dans le circuit sans branche commune que dans l'autre. Le nouveau circuit est donc préférable à l'ancien, sans que les mesures de chronaxies faites avec l'ancien perdent cependant de leur valeur.

L. R.

Note sur le rôle du système nerveux central dans les variations du métabolisme basal, par H. Pierre Klotz et P. Lumbroso. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 20 juin 1952).

Le taux du métabolisme basal est essentiellement déterminé par l'état fonctionnel des centres diencéphaliques, qui tiennent sous leur dépendance la thermo-régulation, l'équilibre vago-sympathique, les divers catabolismes. Une variation du métabolisme basal, indépendamment des causes d'erreur, peut être la conséquence : soit d'une action sur ces centres d'une hyper- ou hyposécrétion thyroxinique ou de tout autre facteur chimique agissant sur eux ; soit d'un trouble du contrôle de ces centres par le cortex cérébral ; soit, enfin, d'une hypersensibilité ou d'une hyposensibilité propre du diencéphale à la thyroxine ou à d'autres substances normalement sécrétées.

L. R.

Observations hématologiques dans les interventions psychochirurgicales (Rilievi ematologici in interventi psicochirurgici), par R. Cuscio et M. Morsiani (de Ferrare). (*Giornale di psichiatria e di neuropatologia*, 79e année, fasc. 4, 1951, p. 477-485).

Les auteurs ont étudié l'hématopoïèse périphérique et médullaire, la coagulation sanguine et la vitesse de sédimentation globulaire dans cinq cas de schizophrénie et dans deux de troubles caractériels avant et après inter-

vention psycho-chirurgicale : leucotomie dans les cinq premiers cas, topectomie dans les deux derniers. Les résultats obtenus ne permettent pas de conclusion définitive sur l'action de l'opération.

V.-J. Durand.

Réponses physiologiques à un stimulus agressif à la chaleur et à l'A.C.T.H. chez des sujets normaux et des schizophrènes, par M. Stein, E. Ronzoni et E. F. Gildea. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 6, décembre 1951, p. 450).

Aucune différence importante n'a été trouvée dans les réponses physiologiques entre, d'une part les schizophrènes chroniques et, d'autre part, les sujets pris comme contrôle et les malades non schizophrènes. Le nombre des éosinophiles et des lymphocytes fut recherché avant, pendant et après l'agression à la chaleur ; aucune différence ne fut notée. Le taux de l'acide créatinique urinaire ne permit aucune conclusion nette. Après l'injection d'une petite dose de 5 milligrammes d'A.C.T.H., on constata une éosinopénie comparable à celle observée chez les sujets normaux.

L. Marchand.

Recherches sur le métabolisme des acides aminés dans le plasma de schizophrènes insulinés (Investigação sobre o metabolismo dos aminoacidos no plasma de esquizofrenicos insulinizados), par J. Alves Garcia et Iceime M. de Oliveira. (*Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, vol. 1, n° 12, 1951. p. 409-416).

Chez 19 schizophrènes, les auteurs ont trouvé dans le plasma des taux élevés d'acides aminés. Au cours du coma insulinique, le taux tombe presque à la normale. Examinant les diverses hypothèses possibles, les auteurs pensent que la diminution pendant le coma est due à l'effort de l'organisme pour reconstituer le sucre protéidique aux dépens des acides aminés du plasma. L'action curative de l'hypoglycémie sur la schizophrénie serait d'origine chimique et non pas due au choc végétatif contemporain.

V.-J. Durand.

Variation des taux d'acide pyruvique et d'acétaldéhyde dans le sang sous l'influence de l'agression alcoolique, par R. Lecoq. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 10 novembre 1951).

L'agression alcoolique unique, expérimentalement exagérée chez le lapin par l'absorption préalable de tétraéthylthiuram-disulfure (T.T.D.) et l'agression alcoolique de l'alcoolisme chronique humain aboutissent à une augmentation concomitante des taux d'acétaldéhyde et d'acide pyruvique sanguins, ainsi que le prouvent les dosages pratiqués dans chacun de ces cas. Mais l'acide pyruvique se montre plus toxique que l'acétaldéhyde et c'est à lui que doivent être, en grande partie, rapportées les manifestations de l'intoxication alcoolique.

L. R.

Le rôle de l'histamine et des antihistaminiques de synthèse dans la réaction T. T. D.-alcool, par R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 10 novembre 1951).

En s'appuyant sur des essais poursuivis chez le rat et avec le test chronaximétrique, les auteurs montrent que l'histamine ne semble pas jouer un rôle important dans les incidents qui surviennent au cours de la réaction T.T.D.-alcool. Cependant, les antihistaminiques de synthèse, spécialement le phénergan, exercent un effet inhibiteur certain sur les effets nerveux de la réaction (à des doses qui, en thérapeutique, ne seraient pas sans danger). Mais, alcool et T.T.D. exagérant également le rôle de l'histamine, chez les sujets favorables aux réactions allergiques, les histaminiques de synthèse peuvent alors être employés aux doses habituelles.

L. R.

Hyperfibrinémie et sclérose en plaques, par R. Lafon, P. Izarn et J. Minvielle. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 juillet 1951).

Hyperfibrinémie importante (11 gr. et 7 gr.), chez deux malades présentant un syndrome de sclérose en plaques. Les auteurs discutent le rôle des troubles de l'hémostase dans la genèse des lésions névraxiques et les indications des anticoagulants dans les inflammations du névraxe.

L. R.

Réaction lymphocytaire et éosinophilique à l'électrochocthérapie, par N. Raskin, G. Howard et S. Singer. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 10, avril 1951, p. 758).

On a établi que les éléments sanguins présentent des modifications caractéristiques pendant la réaction d'alarme et que celles-ci consistent en une leucocytose prononcée due à l'augmentation des leucocytes neutrophiles et en une lymphopénie relative. D'après Selye, ces modifications sont particulièrement nettes dans la phase de résistance et elles sont précédées par la leucopénie si l'agression est sévère. La leucocytose précédée d'une diminution et suivie d'une augmentation des éosinophiles semble être un fait constant de la réaction d'alarme. Comme l'électrochocthérapie entraîne certainement une réaction d'alarme et des modifications hématologiques importantes, les auteurs ont étudié les réactions lymphocytaires et éosinophiliques chez 23 sujets atteints de psychoses. Ils concluent, avec preuves à l'appui, que ces réactions ne sont pas spécifiques de la réaction d'alarme. D'après eux, les lymphocytes contribuent à augmenter la réaction immunologique du malade au danger du stress.

L. Marchand.

Etude comparative des virus de chorioméningite lymphocytaire d'origine humaine (W.-E. Armstrong) et animale (pneumopathie du cobaye), par Blanc, Bruneau, Delage et Poitrot. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 23 octobre 1951).

Ces deux virus donnent l'un vis-à-vis de l'autre une immunité totale ; les virus d'origine humaine provoquent, comme le virus de cobaye, une forte

réaction cutanée chez l'homme par une intradermo-réaction et une irridocyclite et une kératite par inoculation dans la chambre antérieure de l'œil chez le lapin. Tous deux ont une action commune d'arrêt sur la gestation de la lapine du 7e au 10e jour.

L. R.

Sur l'action antidiurétique du liquide céphalo-rachidien des épileptiques (Sull'azione antidiuretica del liquor degli epilettici), par Alfredo Poloni (de Brescia). (*L'ospedale psichiatrico*, 19e année, fasc. 3, juillet-septembre 1951, p. 195-198).

Le liquide céphalo-rachidien prélevé chez des épileptiques à plusieurs heures d'un accès a une action antidiurétique semblable à celle des sujets de contrôle. Une à deux heures avant la crise et pendant quelques heures après s'observe une augmentation du pouvoir antidiurétique. Ces résultats paraissent confirmer l'hypothèse d'une rétention hydrique préaccessuelle par l'hyperactivité post-hypophysaire avec sécrétion exagérée d'hormone antidiurétique.

V.-J. Durand.

ENDOCRINOLOGIE

Sur la neuricrinie cérébelleuse et l'hyperneuricrinie cérébelleuse de choc, par M. Mosinger. (*Bull. de l'Académie des sciences*, séance du 22 octobre 1951).

L'auteur rappelle ses recherches antérieures avec G. Roussy sur la neuricrinie hypothalamique et sa conception suivant laquelle la neuricrinie neuronale est un phénomène général en rapport avec la transmission humorale des excitations nerveuses. Des produits de sécrétion gomoriphiles ont été également relevés au niveau des cellules neuro-végétatives périphériques et des cytones du cortex cérébral. Au niveau du cervelet, d'abondants produits de sécrétion ont été décelés dans les cellules de Purkinje, de leurs dendrites et axones, des cellules en corbeille et des cellules de van Gehuchten et de leurs dendrites, et dans les glomérules cérébelleux qui sont des synapses d'étude particulièrement aisée. Ces constatations confirment la conception de l'auteur. Les produits sécrétoires sont augmentés dans les chocs, ce qui explique l'aspect dégénératif prononcé que présentent les cellules cérébelleuses dans les chocs (« hyperneuricrinie de choc »), analogue à celui présenté par les noyaux végétatifs hypothalamiques, dans les agressions.

L. R.

Effet de l'adréno-corticotrophine dans un cas d'exophtalmie maligne basedowienne, par J. Lederer et L. Hambresin. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1950, tenue à l'hôpital Saint-Pierre, à Louvain).

Dans un cas d'exophtalmie maligne survenu chez une basedowienne à la suite de chocs émotifs et qui avait résisté à divers traitements (thyroïdine,

diénestrol, radiothérapie hypophysaire), l'adréno-corticotrophine a entraîné une disparition des douleurs intra-orbitaires et du chémosis, une régression du larmoiement et de la photophobie, tout en ne provoquant qu'une régression minime de la protrusion des globes oculaires. Sur l'état fonctionnel de la thyroïde, l'effet a été nul, sauf une brève poussée d'hyperthyroïdie, le troisième jour du traitement, coïncidant avec un brusque relèvement du rapport acide urique/créatinine. La malade reçut 40 mgr. du produit durant cinq jours consécutifs. Le résultat se maintenait encore quinze jours après la cessation du traitement.

R. C.

Origine de l'hormone thyréotrope, par A. Giroud et M. Martinet. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 26 novembre 1950, tenue à l'hôpital Saint-Pierre, à Louvain).

L'origine de l'hormone thyréo-stimulante aux dépens des acidophiles ou des basophiles de l'hypophyse n'est pas définitivement connue. Les auteurs ont cherché à trancher la question par les expériences suivantes : se basant sur la localisation des deux types fondamentaux de cellules chromophiles dans l'hypophyse, des parties acidophiles ou basophiles de lobe antérieur d'hypophyse de bœuf ont été implantées au contact de la thyroïde de jeunes cobayes. La partie basophile a électivement déterminé une stimulation de la thyroïde. Ce fait semble indiquer que les cellules basophiles seraient les cellules productrices de la thyréo-stimuline.

R. C.

Les formes diencéphaliques de la maladie de Basedow, par L. de Gennes. (*Le Monde médical*, janvier-février 1952, p. 1-11).

Il y a, dans la maladie de Basedow, deux sortes de signes, les uns liés à l'hyperthyréose, les autres à l'excitation des centres diencéphalo-hypophysaires et à l'action directe de la thyréostimuline sur ses récepteurs naturels. Les formes diencéphaliques pures sont exceptionnelles, plus fréquentes sont les maladies de Basedow consécutives à des traumatismes craniens, les syndromes basedowiens d'origine purement émotive, ceux d'origine génitale chez la femme (en particulier par hyperfolliculinie et après la ménopause) ; enfin, les récidives post-opératoires de la maladie de Basedow sont souvent dues au facteur diencéphalo-hypophysaire. L'auteur expose la théorie nerveuse de la maladie de Basedow, en déduisant les conséquences thérapeutiques. Le traitement peut être étiologique ; une place prépondérante est tenue par les frénateurs hypophysaires. Beaucoup reste d'ailleurs à faire avant d'obtenir une thérapeutique parfaite.

V.-J. Durand.

Action endocrinienne du para-oxypropiophénone (1re note), par A. Soulairac, P. Desclaux, M. Chaniac et Mlle J. Teysseyre. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 25 janvier 1951).

Les auteurs étudient les modifications corrélatives histologiques et histochimiques (phosphatases) au niveau de l'hypophyse, de la thyroïde et du

tractus génital après action de la 4-hydroxypropiophénone pendant 90 jours. Ils montrent l'existence de cellules comparables à celles observées après thyroïdectomie ou castration. L'augmentation progressive du nombre de ces cellules paraît être en synergie avec les variations morphologiques des autres organes considérés, témoignant de phénomènes particuliers de néo-régulation. Les auteurs notent également le parallélisme observé avec les modifications du comportement sexuel.

R. C.

Retentissement de la pneumo-encéphalographie sur le système diencéphalo-pituito-surrénalien ; ses variations dans les divers états encéphaliques. Note préliminaire, par Cl. Gros, J. Minvielle et B. Wlahovitch (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 mai 1951).

Les auteurs étudient, d'après 32 observations, le retentissement cortico-surrénalien de la pneumo-encéphalographie par des numérations des éosinophiles sanguins. Ils insistent sur l'étroite corrélation entre l'intensité de la réaction et l'état encéphalique, le degré d'éosinopénie variant de 30 à 100 % dans des conditions très précises. La comparaison avec les autres tests (épreuves de Thorn, à l'A.C.T.H. et à l'adrénaline) leur permet de dissocier davantage la réaction. La recherche des variations éosinophiliques après pneumo-encéphalographie constitue alors une exploration facile et élective de la réactivité végétative ventriculaire et infundibulo-tubérienne.

L. R.

Effet de l'histamine et de ses antagonistes sur l'axe hypophyso-surrénalien, par B.-N. Halpern et S.-A. Benos (de Paris). (*Bull. de l'Académie suisse des sciences médicales*, Symposium, 30 sept.-2 oct. 1951, vol. 8, fasc. 1/2, février 1952).

A faible dose, les antihistaminiques inhibent l'action stimulatrice de l'histamine sur l'axe hypophyso-surrénalien. A des doses plus élevées, les corps antihistaminiques exercent eux-mêmes une action analogue à celle de l'histamine. Si l'on accepte l'opinion de Gray et Munson que l'histamine stimule électivement la glande hypophysaire, il est frappant de constater que cet effet antagoniste des antihistaminiques sur une propriété excito-sécrétoire de l'histamine sur une glande endocrine contraste avec l'absence d'effet antagoniste de ces substances à l'égard de l'action sécrétoire de l'histamine sur les glandes exocrines.

L. R.

Test de Thorn et thérapeutiques de choc. (Test di Thorn e terapie di shock), par Aldo Rabassini (de Trévise). (*Rassegna di Studi Psichiatrici*), vol. 41, fasc. 1, janvier-février 1952, p. 33-43).

L'auteur a recherché, au moyen du test de Thorn, les fonctions cortico-surrénales chez 32 schizophrènes. Il y a, le plus souvent, une réponse sensiblement normale à l'activité hypophyso-surrénale. Les crises éosinophiliques

observées à la suite des divers traitements de choc semblent pouvoir rentrer dans la symptomatologie de la phase d'alarme du syndrome général d'adaptation de Selye. On peut considérer toutes les thérapeutiques de choc comme des « stress » déterminant une réponse non spécifique de l'organisme à la stimulation provoquée. Bibliographie.

V.-J. Durand.

Recherches sur les 17-cétostéroïdes en clinique psychiatrique (Investigaçao Sobre os 17-cetoesteroides em clinica psiquiatrica), par Adriano Cruz Ferreira. (*Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 1950, vol. 1, n° 8, p. 212-217).

L'auteur a dosé les 17-cétostéroïdes chez 18 malades des deux sexes, presque tous schizophrènes. Des valeurs très basses ont été trouvées, sauf dans deux cas (virilisme surrénal et alcoolisme). On observe l'augmentation des 17-cétostéroïdes pendant la thérapeutique par l'électro-choc et chez les lobotomisés. Cela semble prouver l'excitation du système diencéphalo-hypophysaire sur les glandes endocrines, et surtout sur la surrénale. Cette augmentation est très marquée, puisque le taux matinal de 3 % s'élève, après l'électro-choc, à 32 %.

V.-J. Durand.

Les 17-cétostéroïdes et leur comportement dans l'électro-convulsothérapie (Os 17-cetosteroïdes e seu comportamento na eletroconvulsoterapia), par Humberto Alexandre et Adriano Cruz Ferreira. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol 1, n° 10, 1951, p. 207-213).

Les auteurs étudient les effets de l'électro-choc sur le métabolisme des stéroïdes, surtout des 17-cétostéroïdes, dosés avant et après chaque application de courant chez cinq malades. Il y a eu augmentation moyenne de 0 mgr. 84. D'autre part, l'accroissement des 17-cétostéroïdes a été inversement proportionnel à l'efficacité du traitement.

V.-J. Durand.

Tumeur hypophysaire à manifestations périmétriques atypiques, par Jules François et Guy Verriest (de Gand). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, mai, 1953).

Observation d'une tumeur intrasellaire kystique (chez un homme de 38 ans) de manifestations périmétriques très atypiques. Au début, diminution de l'acuité visuelle, hémianopsie homonyme droite totale avec réduction sinistro-pétale et incongruence des hémichamps gauches restants par œdème réactionnel de la bandelette optique gauche. Puis, hémianopsie bitemporale atypique évoluant vers une hémianopsie bitemporale plus caractéristique, du type scomateux, répondant plus ou moins à la localisation réelle de la tumeur qui comprimait la partie postéro-inférieure du chiasma.

L. R.

Syndrome adiposo-génital transitoire apparu dans les suites d'une encéphalographie gazeuse, par Léon Michaux, J.-L. Camus, Ch. Brisset et C. Koupernick. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie du Sud-est*, séance du 6 janvier 1951).

Chez une jeune fille de 17 ans, des crises épileptiques remontant à l'âge de 12 ans disparaissent après encéphalographie gazeuse. Mais celle-ci conditionne une aménorrhée de trois mois, durant laquelle le poids monte de 58 à 82 kg. L'aménorrhée rétrocède. L'obésité cède en partie au régime alimentaire. Il s'agit de syndrome adiposo-génital, probablement en rapport avec l'inhibition de l'hypothalamus provoquant une insuffisance des hormones lutinisante et lutéotrophique. Dans une autre observation, une encéphalographie semble avoir guéri un syndrome adiposo-génital. Les effets de la pneumothérapie cérébrale sont souvent imprévisibles.

L. R.

THÉRAPEUTIQUE

Essais de traitement de l'ictus cérébral et de ses séquelles paralytiques, par René Leriche. (*La Presse médicale*, 6 février 1952).

M. René Leriche rappelle comment il a été amené à concevoir une thérapeutique vasomotrice dans les ictus cérébraux en partant de l'hypothèse qu'autour de tout foyer d'ischémie cérébrale, il existe une zone de troubles fonctionnels de la vasomotricité, du type stase, qui augmentent les dégâts. Des faits chirurgicaux lui ont montré la possibilité de réduire cette perturbation vasomotrice périfocale. Ayant commencé par des ramisections chez des hémiplégiques il a continué par des sections du nerf vertébral. Les résultats l'ont conduit à assayer du blocage stellaire dans des ictus emboliques. Deux premiers cas heureux ont été publiés en 1936, avec Fontaine. Depuis lors, 9 cas favorables ont été recueillis. Aux Etats-Unis, une statistique importante, publiée en 1950 par Naffziger et Adams, porte sur 225 cas parmi lesquels les auteurs comptent 155 ictus traités immédiatement, avec 59 % de résultats bons (c'est-à-dire avec guérison complète) : 24 % d'améliorations et seulement 17 % de résultats nuls.

M. Leriche conseille d'infiltrer aussitôt que possible du côté opposé à la paralysie, de recommencer six heures après et de continuer par une infiltration par jour pendant une quinzaine.

Il rappelle les recherches de Sousa Pereira qui, avec l'artériographie, a vu, chez les animaux et chez l'homme, que le blocage et la sympathectomie cervicale augmentent considérablement le nombre des vaisseaux visibles sur le cerveau. Il pense que la sympathectomie n'est indiquée, pour l'instant, que chez les malades ayant des éclipses cérébrales et en rapporte une observation. Le blocage stellaire répété chez les hémiplégiques anciens donne beaucoup de résultats nuls, mais quelques très notables améliorations. Etant donné la détresse des hémiplégiques anciens et surtout des aphasiques, il conclut que la méthode du blocage précoce doit être largement essayée.

L. R.

Poliomyélite aiguë et choc peptonique, par L. Choquard (de Monthey). (*Revue médicale de la Suisse romande*, 25 juillet 1953).

A l'occasion de quatre observations, dans lesquelles un traitement par le choc peptonique a été suivi de la disparition, non seulement des phénomènes généraux mais des paralysies, M. L. Choquard conseille d'utiliser dans la période aiguë de la poliomyélite l'injection intraveineuse lente d'une solution fraîche et stérile de peptone à 10 %, de dose variable selon le poids et l'état du malade et de façon à obtenir *un frisson* de 15 à 30 minutes de durée (rappelant celui de la pneumonie). Dans tous les cas ainsi traités, la défervescence complète et définitive est intervenue dans les 24 heures après l'injection (1).

Ce traitement par le choc peptonique, que l'auteur, dans l'état actuel des connaissances, juge seul capable de juguler, et rapidement, une attaque de poliomyélite aiguë, doit être appliqué avec prudence. L'auteur ne le croit pas indiqué dans les formes bulbaires.

R. C.

(1) *Note de la Rédaction.* — Ce texte, étant paru page 444 du numéro d'octobre des *Annales médico-psychologiques* avec une erreur d'impression, il a paru préférable de le faire figurer de nouveau après correction.

Education physique dans les établissements pour malades mentaux par M. Beaujean, Inspecteur principal au ministère de la santé publique et de la famille. (*Archives belges de médecine sociale*, décembre 1952)

D'un voyage d'étude effectué en Hollande, l'auteur conclut que les résultats obtenus par l'éducation et la rééducation physique des malades mentaux sont très encourageants. Le succès dépend des conditions matérielles de l'expérience, de l'organisation didactique des cours, du recrutement et de la préparation professionnelle des professeurs et moniteurs.

L'auteur indique et discute les diverses tendances des procédés pédagogiques, tant du point de vue physiologique que du point de vue psychologique, les conditions du choix, l'ordre de priorité des buts poursuivis selon l'âge et les caractéristiques individuelles. Il conclut à la nécessité de faire préciser par une équipe de médecins et de professeurs d'éducation physique les problèmes posés par l'éducation physique des malades mentaux.

R. C.

Supervision du processus psychothérapique (Supervision of the psychotherapeutic process), par Lewis R. Wolberg (de New-York). (*American journal of psychoterapy*, vol. 5, n° 2, avril 1951, p. 147-171).

Parmi les obstacles qui peuvent se présenter au cours d'un traitement psychothérapique, les principaux sont la résistance et le transfert. L'auteur rappelle les difficultés du psychothérapeute débutant et montre l'intérêt de la supervision par un médecin expérimenté qui joue un rôle d'enseignement et d'appréciation des capacités du jeune thérapeute. Les problèmes posés au superviseur sont souvent délicats : problèmes de l'orientation :

formation antérieure différente, différences de terminologie, de méthode, de buts ; — problèmes de la reproduction des séances pour juger de la valeur du psychothérapeute (utilité d'enregistrement par disque ou fil magnétique). Quelques difficultés possibles sont rappelées, ainsi que les problèmes d'enseignement, et de terminaison de la supervision ; les détails techniques de celle-ci sont décrits. L'auteur conclut en appréciant la supervision en qualité de relation interpersonnelle.

V.-J. Durand.

La psychothérapie non directive, par M. Pagès, (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1952).

Il s'agit, dans cet article, de la présentation de travaux du groupe de psychologues dit « non-directif », « centré sur le client », ou « rogérien », qui a attiré considérablement l'attention aux Etats-Unis et tire son nom de son fondateur Carl R. Rogers. Influencée par les Raukiens et les mouvements néo-freudiens, prenant une extension considérable, elle est originale par la place centrale qu'elle accorde à l'interaction client-conseiller. Respect et confiance inconditionnelles dans la capacité du client à progresser de façon autonome, et technique fondée sur la compréhension sympathique du client, la caractérisent. Des théories et une méthodologie nouvelle de la recherche du fond mental en psychothérapie en sont nées. L'approche non directive s'est étendue aux domaines des psychothérapies d'enfant et de groupe, à ceux de l'administration, des professions, des conseils spécialisés tels que : orientation professionnelle, conseil industriel, relations conjugales, etc...

M. Leconte.

Action individuelle de la psychothérapie collective, par G. Daumézon. (*L'évolution psychiatrique*, juillet-septembre 1952).

Présentation de trois cas permettant de pénétrer, selon l'auteur, l'action individuelle de ses essais de sociothérapie, et à la faveur desquels il postule que le psychiatre destiné à exercer en collectivité, c'est-à-dire dans le « vieil asile qui guérit », reçoive une double formation spéciale acquise dans des services où sont utilisées les techniques invoquées. Ces tentatives devraient être poursuivies dans le travail de post-cure. « L'action militante dans une authentique Ligue d'hygiène mentale serait le prolongement direct de la sociothérapie hospitalière. »

M. Leconte.

Première aide dans les états de panique aiguë (First aid in acuté panic states), par Joost A. M. Meerloo (de New-York). (*American Journal of Psychotherapy*, vol. 5, n° 3, juillet 1951).

Les états de panique causés par les catastrophes peuvent survenir après une période d'incubation. L'attitude du psychothérapeute doit être compréhensive : il ne faut pas employer de narcotiques, ni de sédatifs, obtenir une satisfaction orale (alimentation, cigarettes). L'hypnose et la catharsis peuvent être très utiles.

V.-J. Durand.

L'utilisation des traitements psychologiques chez l'enfant, par S. Lebovici (de Paris). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

L'auteur étudie d'abord les méthodes de psychothérapie infantile, qui comprennent : la psychanalyse, les psychothérapies qui s'en inspirent, les méthodes psycho-dramatiques, les psychothérapies de groupe, les psychothérapies des parents. Après avoir souligné la nécessité d'un examen complet de l'enfant et de sa famille, il étudie les indications des traitements de l'enfant selon la structure du cas, les troubles présentés, l'âge des enfants ; enfin les traitements des parents, essentiels si les troubles de l'enfant paraissent réactionnels.

D. Joyeux-Quercy.

Syndromes de carence affective du jeune enfant en collectivité, essai de traitement, par Couve, A. Audebert, et J. Baron (de Bullion-Bonnelles). (*Pédiatrie*, n° 3, 1952).

Il s'agit de l'expérience de cinq ans portant sur des enfants tuberculeux de moins de 6 ans vivant dans un sanatorium. Il convient d'avoir un personnel de qualité, suffisamment nombreux, et que l'on éduquera ; d'organiser les horaires afin que l'enfant ait toujours autour de lui des visages connus, de ne le changer de box qu'en cas d'absolue nécessité. Utilité de la présence d'une assistante sociale pour enquêter sur le milieu familial de chaque enfant et d'un psychologue qui testerait ces enfants à l'entrée et à la sortie. L'enfant subit un triple traumatisme : maladie, séparation de la famille, entrée dans une collectivité. La réaction plus souvent vive qu'apathique s'atténue en général rapidement. Mais d'autres chocs surviendront. Dès l'arrivée, on étudie le niveau mental, le comportement, les troubles que présente l'enfant, qui permettront d'étudier l'évolution et d'établir un traitement. Celui-ci incombera à la monitrice, aux puéricultrices, aux jardinières d'enfants. Les deux points primordiaux sont : l'amour des enfants, la nécessité de la présence d'un psychologue et d'un psychiatre.

D. Joyeux-Quercy.

Emploi du gardénal en pédiatrie, par G. Heuyer. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 décembre 1951).

Après administration de barbituriques, M. G. Heuyer a fréquemment observé une aggravation des troubles psychiques d'excitation. Le gardénal, hypnotique à doses élevées, est excitant à petites doses et si celles-ci sont prolongées, elles peuvent à la longue entraîner de l'instabilité, de la turbulence et parfois des troubles du caractère. L'action du gardénal fournit par contre d'excellents résultats dans l'asthénie et dans les états anxieux.

L. R.

Cures de sommeil prolongé en pratique médico-psychiatrique par la méthode dite d'hibernation, par A. Deschamps et M. Cadoret (*Presse médicale*, 61, n° 42, 17 juin 1953, p. 878-880).

Rappelant les travaux français antérieurs, les auteurs indiquent les principes de leur méthode de traitement cherchant à obtenir une inhibition neuro-

végétative ou, plutôt, neuro-endocrinienne, aboutissant à une vie ralentie, à un état crépusculaire et à la narcose. Voulant éviter toute forme thérapeutique agressive susceptible de susciter des réactions de défense, ils n'emploient pas plusieurs vessies de glace, préfèrent les injections intramusculaires aux perfusions intraveineuses, recommandent un horaire très régulier pour les applications du traitement, les soins d'hygiène et l'alimentation. Les produits utilisés comprennent le 4560 R.P. (largactil), le 3277 R.P. (phénergan), le 2987 R.P. (diparcol), associés au gardénal, à l'eunoctal ou au sonéryl. En moyenne, au milieu de la cure de sommeil, au bout de 5, 8 ou 10 jours, les doses quotidiennes sont : largactil 0 gr. 15 injectable, phénergan 0 gr. 10 injectable, 0 gr. 05 *per os*, dolosal 0 gr. 15 *per os*, gardénal 0 gr. 30 *per os*, eunoctal 0 gr. 20 en suppositoires. La conduite du traitement est soigneusement décrite, avec les précautions à prendre. De même, sont exposés les symptômes notés pendant la cure, ainsi que les rares incidents possibles. Quinze observations sont rapportées, montrant que les confusions agitées et les grandes anxiétés mélancoliques, même délirantes, réagissent le mieux ; les manies sont moins favorables ; les psychoses délirantes ne sont pas modifiées. Les auteurs montrent l'intérêt de la méthode, son innocuité, et en espèrent une large utilisation. Références bibliographiques.

V.-J. Durand.

Le contrôle hypnotique et hypnothérapeutique des douleurs sévères, par H. Rosen. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 12, juin 1951, p. 917).

La douleur doit être classée plutôt sentiment et émotion que sensation et perception. Cependant, ses causes sont multiples et souvent émotion et sensation sont associées. Son point de départ peut être périphérique ; il peut être central et cortical, puis projeté à la périphérie. Le traitement de la douleur comprend divers moyens : 1° on interrompt le passage de l'influx sensoriel (neuronectomie, cordotomie, sympathectomie, infiltration des nerfs par la procaïne et même tractotomie mésencéphalique et tractotomie bulbaire et même trigéminale ; 2° on diminue on l'on abolit la perception de l'influx sensoriel (narcose chimique, hypoesthésie ; 3° on tente un traitement central par différentes méthodes (thalamotomie, lobotomie frontale bilatérale, gyrectomie partielle post-centrale, « lobotomie psychologique » par l'hypnose, par la psychothérapie).

L'auteur s'étend sur les diverses techniques qui peuvent être utilisées pour le contrôle hypnotique et hypnothérapeutique de la douleur. Un sommeil profond peut être suggéré ; une suggestion hypnotique directe peut avoir comme résultat une anesthésie aussi profonde que celle produite par des analgésiques chimiques. Quand la douleur est considérée comme une punition, on peut la faire disparaître en combattant l'idée de punition ; on peut suggérer au sujet qu'aucun stimulus ne peut le troubler et s'il ressent encore la douleur, il n'y prête plus aucune attention, comme cela a lieu chez les sujets lobotomisés. Pour l'auteur, la disparition de la douleur par suggestion hypnotique directe constitue une forme superficielle de traitement qui doit être généralement proscrite, les techniques psychothérapiques usuelles restant les plus efficaces.

L. Marchand.

Les ondes courtes en neuropsychiatrie (Le onde corte in neuropsichiatria), par Domenico Rossi (de Nocera Inferiore). (*Rassegna di Neuropsichiatria*, vol. 5, n° 5, septembre-octobre 1951, p. 329-388).

Dans une revue générale très documentée, l'auteur montre combien ont été variées et, même, opposées les opinions formulées sur la valeur thérapeutique des ondes courtes en neuro-psychiatrie. Les indications proposées ont été nombreuses : paralysie générale, tabès, hémiplégies, méningites, encéphalites, sclérose en plaques, Parkinson, chorées, névralgies, névrites, schizophrénie, épilepsie, par exemple. Certaines ont été abandonnées. D'autres demeurent, parmi lesquelles les névralgies et les névrites. Cette thérapeutique n'est pas dépourvue d'efficacité, peut même se montrer très utile, mais elle détermine parfois des lésions anatomiques du système nerveux, dont l'auteur rappelle la description. Très importante bibliographie.

V.-J. Durand.

Traitement chirurgical des épilepsies localisées de l'enfant, par J.-E. Paillas et R. Vigouroux. (*Bull. de la Société de pédiatrie de la région provençale*, séance du 16 décembre 1951).

Statistique de 16 malades opérés sur 234 cas envisagés. Les auteurs rappellent les signes sur lesquels ils se sont basés pour poser une indication opératoire (critère de localisation clinique, électrique, radiologique, conditions tenant à l'âge du malade et à sa raison sociale), ainsi que les conditions tenant à la maladie, inefficacité médicamenteuse, caractère de la crise, importance des signes associés.

Après avoir précisé leur technique opératoire, les auteurs rapportent leurs résultats : 40 % de guérisons (recul de trois ans), 10 % de récidives et 50 % d'améliorations.

L. R.

Exposé des résultats obtenus chez des toxicomanes traités dans un hôpital, par R. K. Knight et C. T. Prou. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 4, octobre 1951, p. 303).

L'étude porte sur 75 toxicomanes ; 34 prenaient de la morphine, 24 des barbituriques, 17 de l'héroïne, de la codéine ou de la benzédrine, etc... Une statistique est présentée sur leur hérédité et sur les facteurs exogènes. Aucune conclusion ne peut être tirée des recherches psychologiques ; cependant, les malades ont été testés (Rorschach, Wechsler-Bellevue). La tendance personnelle à s'intoxiquer est psychopathique ; elle est surtout caractérisée par le manque de bonne santé plutôt que par la présence d'un état pathologique. Les méthodes thérapeutiques employées par les auteurs sont décrites ainsi qu'un plan pour standardiser les recherches psychologiques. Sur les 75 malades traités, 15 sont restés abstinents après leur traitement hospitalier pendant un à quatorze ans, 12 étaient plus aptes au travail. En résumé, 36 % ont bénéficié du traitement.

L. Marchand.

Le traitement des intoxications barbituriques aiguës (El tratamiento de las intoxicaciones barbituricas agudas) par Andrès Carrillo-Broatch. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 14, n° 1, mars 1951, p. 104-115).

A propos d'observations personnelles, l'auteur rappelle les données classiques de l'emploi de la picrotoxine, du chlorhydrate de d.-désoxyéphédrine et de l'acide succinique dans le traitement des intoxications barbituriques aiguës.

V.-J. Durand.

Aspect actuel de la cure de l'alcoolisme psychiatrique masculin dans la région lyonnaise, par A. Réquet, Hôpital du Vinatier, Bron (Rhône). (*La Presse médicale*, 17 novembre 1951).

Des buveurs viennent maintenant en grand nombre demander à des services spécialisés de les délivrer de leur habitude de boire. Cet aspect nouveau de la prophylaxie antialcoolique est dû aux méthodes nouvelles de cure dont les éléments d'action sont à la fois médicamenteux, psychothérapiques et collectifs. L'antabuse a joué un grand rôle dans ces cures volontaires, en série, de l'alcoolisme chronique. Son action est due à son efficacité certaine mais aussi à sa célébrité. L'élément de suggestion collective joue, en effet, un grand rôle dans la cure alcoolique, qui doit être toujours une cure de groupe, continuée à l'intérieur de l'hôpital par le club d'anciens buveurs guéris. Dans la région lyonnaise, une association de ce genre, créée depuis deux ans, est désignée sous le nom d' « Association indépendante d'entr'aide sociale ». C'est là une tentative d'hygiène mentale, mise en œuvre par les anciens malades guéris.

L. R.

Le tétraéthylthiuramdisulfide dans le traitement de l'alcoolisme (Il Tetraetiltiouramdisolfuro nella cura dell' alcoolismo), par Mario Marini (de Vérone). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 5, n° 2, mars-avril 1951, p. 83-97).

L'auteur, après avoir rappelé les caractéristiques pharmacologiques du médicament, décrit les modalités du traitement et la symptomatologie toxique. Il discute ensuite les résultats obtenus chez 54 malades de l'hôpital psychiatrique de Vérone, terminant par des considérations sur les problèmes médico-sociaux posés par la cure de l'alcoolisme.

V.-J. Durand.

Résultats thérapeutiques et manifestations cliniques suivant l'emploi du tétraéthylthiuramdisulfide (antabuse), par G. F. Child, W. Osinski, R. E. Bennett et E. Davidoff. (*The American Journal of Psychiatrie*, vol. 107, n° 10, avril 1951, p. 774).

L'antabuse à hautes doses est toxique pour les animaux. La mort par arrêt de la respiration est précédée d'une paralysie ascendante ; il se produit des lésions du foie, de la rate, des reins, et du système nerveux central.

Chez l'homme, à hautes doses, surviennent des symptômes gastro-intestinaux et nerveux. A dose thérapeutique, il ne semble pas y avoir d'effet

sur le foie, les reins, le sang, le cœur et le cerveau. On ne doit pas faire prendre d'antabuse aux malades avant que quatre jours ne se soient écoulés depuis leur dernier accès éthylique.

Chez les sujets en traitement par l'antabuse, le test consistant en l'absorption d'une dose d'alcool entraîne un état qui ressemble à celui produit par une grande quantité d'alcool. On peut observer le collapsus cardio-vasculaire. L'injection intraveineuse d'acide ascorbique peut suspendre les troubles. Pendant cette réaction, on note une augmentation sanguine de l'acétaldéhyde. On ne doit traiter que les malades qui consentent à prendre le médicament et qui ne souffent d'aucune maladie organique.

En vue de la réhabilitation du malade, une psychothérapie intensive doit être associée au traitement ; ses parents, ses amis, les assistantes sociales doivent y participer ; on doit aussi faire intervenir les conditions sociales. Tout malade soumis à l'antabuse doit être porteur d'une carte indiquant son traitement. On peut ainsi intervenir s'il présente une réaction après avoir bu.

Sur 120 sujets traités, 74 sont améliorés. La plupart des rechutes ont lieu après trois mois. La question se pose de savoir si l'on doit procéder au test de l'absorption de l'alcool tous les trois mois. Le traitement doit être fait par un médecin. Le malade doit suivre un régime spécial et être placé dans un hôpital ou une clinique.

L. Marchand.

Rapport clinique sur le tétraéthylthiuramdisulfide (antabuse) dans le traitement des buveurs, par K. Bowman, A. Simon, C. Hine, E. Macklin, G. Croock, D. Durbridge et K. Hanson. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 11, mai 1951, p. 832).

L'étude porte sur 100 sujets (77 hommes et 23 femmes) âgés de 25 à 67 ans. Avant le traitement, les malades furent soumis à des examens physiques, physiologiques, neurologiques, psychologiques et psychiatriques. Le traitement par voie buccale consista en 1 gr. d'antabuse le premier jour et en descendant à 0 gr. 50 à partir du cinquième jour. Ce jour-là, le premier test par absorption d'alcool fut pratiqué à l'hôpital ; toutes les réactions furent notées. Sur 100 sujets, on note 49 succès, 16 améliorations ; 17 n'ont pas continué le traitement, 18 n'ont pas été traités, soit par suite de décision médicale, soit à cause de la nécessité d'une plus longue observation préliminaire. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez les personnes qui ne manifestent aucune disposition psychotique ou névrotique. Des accidents cardio-vasculaires graves peuvent s'observer quand le malade est soumis au test alcoolique. Le traitement doit être continué pendant six mois, puis il peut être discontinu.

L. Marchand.

Le tétraéthylthiuramdisulfide (tétraéthyl) dans la cure de l'alcoolisme chronique (Il tetraetiltiuram disolfuro (Tetraetil) nella cura dell' alcoolismo cronico), par Giulio Maffezoni (de Crémone). (*Rivista di neurologia*, vol. 21, fasc. 3, mai-juin 1951, p. 232-246).

Chez quinze malades, dont les observations sont rapportées, présentant des signes d'intoxication alcoolique, le traitement par le tétraéthylthiurame

a donné huit échecs (avec reprise de l'intoxication après arrêt de la cure), cinq succès presque complets, deux améliorations partielles. Les meilleurs résultats ont été obtenus chez des sujets jeunes à facultés psychiques relativement conservées, disposés à suivre le traitement, voulant se libérer de leur éthylisme. La collaboration du malade est indispensable, ainsi que la psychothérapie.

V.-J. Durand.

Traitement de l'alcoolisme par le tétra-éthyl-thiurame disulfide (T. T. D.) son aspect médico-social, par Ph. Raverdy (*Presse médicale*, 59, n° 81, 22 décembre 1951, p. 1703-1704).

Rappelant les récents travaux sur les nouveaux traitements de l'alcoolisme, les diverses modalités d'application préconisées par les différents chercheurs, l'auteur insiste sur l'importance des facteurs sociaux. Une assistance sociale très développée est nécessaire pour assurer le maintien de la guérison ; il faut aussi une coopération étroite entre le neuro-psychiatre et le médecin du travail, ainsi qu'entre ce dernier et l'employeur. Ce n'est qu'après développement d'une organisation rationnelle d'assistance sociale et d'hygiène mentale, que pourront s'élargir les indications du traitement. Celui-ci est une véritable méthode médico-sociale.

V.-J. Durand.

Désintoxication des alcooliques par le disulfure de tétraéthylthiurame. Premières constatations, par J. Alliez, J. Roger et J. Hajjar (de Marseille). (*Etudes anti-alcooliques*, 5e année, n° 20, novembre-décembre 1951, p. 169-174).

Les auteurs donnent les résultats obtenus chez 42 malades (dont 37 hommes), atteints d'intoxication alcoolique par le disulfure de tétraéthylthiurame. Il a été observé 27 succès, 5 échecs, 9 demi-échecs. D'autre part, il s'est produit un décès chez un homme de 45 ans avec, à l'autopsie, œdème avec turgescence cellulaire protoplasmique et nucléaire. Les réactions ont été très variables d'un malade à l'autre. Dans tous les cas, la coopération du sujet traité est indispensable. Le rôle de l'assistante sociale est très important.

V.-J. Durand.

De l'atropine à dose toxique dans le traitement des maladies mentales, par Gordon R. Forrer. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 108, n° 2, août 1951, p. 107).

Observations de 183 sujets atteints de maladies mentales, qui furent traités par des doses toxiques de 32 milligrammes de sulfate d'atropine administrées en injections intramusculaires trois à six fois par semaine. L'atropine agit comme un parasympathique bloquant l'action de l'acétylcholine et a également un effet suspensif sur les ganglions du système autonome. Sur les 183 malades, trois ne purent être suivis, 25 furent ensuite traités par l'électrochocthérapie. A noter un cas de mort par hyperthermie et troubles respiratoires après la première injection. La sécheresse de la muqueuse buccale fut la complication la plus pénible ; chaque injection

était suivie de tachycardie avec un pouls de 120 à 160 par minute, qui persistait durant deux à trois heures.

Comme résultats, 60 % des sujets atteints de névroses, 20 % des schizophrènes catatoniques, 33 % des maniaques-dépressifs, 11 % des schizophrènes paranoïdes furent améliorés au point de pouvoir quitter l'hôpital ou présentèrent une rémission complète. Parmi ces malades, quelques-uns avaient été traités sans succès par l'électrochocthérapie.

L. Marchand.

Action sédative des alcaloïdes hydratés de l'ergot de seigle chez les agités, par Hugo Solms. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 68, 1, 1951).

Etude de l'action de la dihydroergotamine, de la dihydroergocarnine et de l'hydergine dans 59 états d'agitation psychomotrice (31 cas de schizophrénie, artériosclérose, démence sénile artérioscléreuse, oligophrénie, névroses végétatives et épilepsie).

L'effet sédatif des deux premiers est confirmé et celui de l'hydergine mis en évidence pour la première fois. Les deux derniers sont deux fois plus actifs que le premier. Grande marge thérapeutique ; effets secondaires très rares ; même avec de très fortes doses, les organes hématopoïétiques et les reins ne sont pas touchés. La sédation n'est suffisamment prononcée pour être de quelque secours en clinique que dans l'oligophrénie et les névroses végétatives. Les malades atteints d'hallucinations ou de psychose paranoïde ne sont pas sensibles à cette médication. Ces faits, théoriquement instructifs, permettent pratiquement des conclusions diagnostiques sur la nature de l'excitation.

H. Bersot.

Action comparée des injections intraveineuses d'acétylcholine (Fiamberti) et de 2249 F. « dilvasene » dans le traitement des maladies mentales, par Pierre Royer (de Nancy). (*Sistema nervoso*, Milan, fasc. 2, 1951).

Employant la méthode acétylcholinique de Fiamberti, l'auteur a obtenu des succès dans la démence précoce après échec d'autres traitements. Pour préciser le mécanisme d'action, il a employé par voie intraveineuse un produit synthétique à puissants effets parasympathomimétiques, mais non cholinergiques : le dilvasène. Les résultats thérapeutiques sont moins marqués qu'avec la méthode de Fiamberti. On peut admettre l'action vagomimétique hormonale de l'acétylcholine. En thérapeutique, le dilvasène peut être associé à un traitement cholinergique et anticholinestérasique par voie buccale ou sous-cutanée.

V.-J. Durand.

L'acétylcholine et son emploi en psychiatrie (A acetilcolina e o seu emprego em psiquiatria), par Humberto Alexandre et Waldir de Souza e Almeida. (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 11, 1951, p. 344-357).

Après un rapide historique et un rappel de la pharmacodynamie de l'acétylcholine, les auteurs résument leurs observations personnelles d'emploi

de la méthode de Fiamberti. Aucune altération secondaire n'a été constatée, aucun accident n'a été à déplorer. Il semble justifié de donner au procédé de Fiamberti une place prépondérante dans la thérapeutique psychiatrique.

V.-J. Durand.

Vaccin anticoquelucheux et épilepsie, par J.-A. Barré. (*Bull. de la Société de médecine de Strasbourg*, séance du 28 avril 1951).

Relation entre la vaccination anticoquelucheuse et le développement d'accidents nerveux à type épileptique chez une fillette de 6 ans, qui fut vaccinée à l'âge de 2 ans 1/2 sans avoir présenté jusque-là aucune espèce d'accident pathologique. Deux semaines après, vomissements, qui cessèrent pour recommencer dans la suite. Peu à peu, lèvres bleues et yeux révulsés au cours des vomissements, tête se portant en arrière, cœur très lent ; des crises se produisirent plusieurs fois par jour peu après cette vaccination. Arrêt intellectuel.

Encéphalographie par voie lombaire : pression de 80 cm., liquide normal. Aucun signe d'helminthiase. A l'électro-encéphalogramme, anomalies bilatérales synchrones et paroxysmes en bouffées de pointe-ondes ; l'hyperpnée aggravait légèrement ces anomalies. L'injection d'air a montré des ventricules légèrement agrandis ; l'air a bien passé dans les espaces superficiels ainsi que dans les lacs de la base.

Tous traitements anti-épileptiques ont complètement échoué. Des cas de ce genre, ajoute M. J.-A. Barré, méritent d'être connus pour être différenciés de bonne heure des cas d'épilepsie banale si fréquente chez l'enfant. Un traitement spécial pourrait être mis en activité et l'auteur préconise, soit les anti-histaminiques, soit l'injection de sang maternel, lorsque la mère n'a jamais eu de coqueluche. Il est possible que ces accidents soient en rapport avec des crises d'œdème cérébral.

R. C.

Traitement de l'oligophrénie par l'acide glutamique (Schwachsinnsbehandlung mit glutaminsäure), par J. Lutz (de Zürich), (*Pro infirmis*, Zürich, n° 2, 1951-52, p. 34-38).

L'auteur rappelle quelques-unes des modifications provoquées dans l'état mental et le comportement des oligophrènes par l'emploi de l'acide glutamique. La valeur de la thérapeutique ne lui paraît pas encore suffisamment établie et il lui semble nécessaire d'exiger une plus longue expérience et de s'abstenir de tout enthousiasme peu justifié.

V.-J. Durand.

La phénurone dans le traitement des attaques psycho-motrices, par R. N. Dejong. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 11, mai 1951, p. 825).

Cinquante-neuf malades atteints d'attaques psycho-motrices ont été traités par la phénurone. Sur ce nombre, 28 seulement ont pu suivre régulièrement le traitement ; les autres l'ont suspendu à cause de l'apparition de phénomènes toxiques ou pour d'autres raisons. Sur ces 28 sujets, 21 n'ont

plus présenté de crises et chez les autres la fréquence des attaques a diminué de 75 à 90 %. Durant ce traitement, les malades doivent être suivis régulièrement à cause de l'apparition possible de troubles du système hématopoïétique, de symptômes hépatiques (ictère), d'éruptions cutanées, de fièvre, de troubles de la personnalité, de réactions psychosiques aiguës. Un examen de sang doit être pratiqué toutes les semaines et la recherche du taux de l'urobiline urinaire tous les quinze jours.

L. Marchand.

Un an de thérapeutique dinitrilique (Un anno di terapia dinitrilica), par Carlo Serra et Saverio Lucarelli (de Milan). (*Gazzetta medica-italiana*, 110e année, n° 11, novembre 1951, extrait de 8 pages)

L'emploi du dinitrile succinique a donné aux auteurs des résultats encourageants, surtout pour des états neurasthéniques, phobiques, psychasthéniques, quand les composantes dépressives et anxieuses ne réclamaient pas l'électro-choc. Dans d'autres cas, le traitement a suivi une cure par électro-choc. Les auteurs se proposent l'étude de l'action thérapeutique du dinitrile malonique, pensant à une plus grande efficacité, mais reconnaissant sa toxicité supérieure.

V.-J. Durand.

Traitement des chorées graves par l'A.C.T.H., par G. Heuyer, S. Lebovici, Seugnot et Strauss. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 décembre 1951).

Les auteurs ont traité six cas de chorées récidivantes par l'A.C.T.H. pendant une dizaine de jours, à la dose journalière de 75 mgr. L'action du médicament leur a paru rapidement favorable. Dans un cas avec rechute, celle-ci a été rapidement juguléc par la reprise du même traitement.

L. R.

Traitement par l'A.C.T.H. de syndromes inflammatoires névraxiques à type de polio-encéphalite et de sclérose en plaques. Premiers résultats, par R. Lafon, Cl. Gros, J. Minvielle, B. Billet et F. Grunberg. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 13 juillet 1951).

Résultats du traitement par A.C.T.H. de deux névraxites subaiguës. Chez la première malade, âgée de 52 ans : depuis l'âge de 24 ans, parésies spasmodiques et troubles de la coordination cinétique, toujours associés à des signes d'atteinte du tronc cérébral, diplopie, signes bulbaires (troubles de la déglutition, dysarthrie). Evolution par poussées, avec rémissions lors de grossesses. Plusieurs crises végétatives graves du tronc et du diencéphale (en dernier lieu, coma avec polio-encéphalite inférieure). Un traitement à l'A.C.T.H., commencé dix jours après, a produit immédiatement une amélioration spectaculaire. Trois mois après, l'amélioration persiste, le psychisme est redevenu normal.

Deuxième observation d'une malade de 41 ans ayant un passé inflammatoire rénal et une obésité cellulitique. Sur un fond de paresthésie et de grande fatigabilité musculaire, deux épisodes neurologiques assez systéma-

tisés : myélite cervicale haute avec arachnoïdite ; triparésie spasmodique, atteinte d'un spinal, syndrome de Claude-Bernard-Horner, céphalée occipitale ; et une deuxième poussée de myélite cervicale réalisant un syndrome de Brown-Séquard atypique. Le traitement par l'A.C.T.H., effectué loin de ces poussées, n'a pas permis d'agir sur l'inflammation névraxique aiguë, mais a eu une action remarquable sur la fatigabilité musculaire, permettant la reprise du travail.

L. R.

Action de l'A.C.T.H. dans un cas d'exophtalmie basedowienne maligne primitive, par J. Decourt, M.-A. Dollfus, A. Dubois-Poulsen et J. Cambier. (*Bull. de la Société d'endocrinologie*, séance du 31 janvier 1952).

Présentation d'un cas d'exophtalmie œdémateuse sévère avec pseudo-ptosis, diplopie, perte à peu près complète de la motilité des globes oculaires, accompagnant un syndrome hyperthyroïdien discret. Traitement par l'A.C.T.H. totalisant 975 mgr. en 24 jours. Amélioration très importante de l'œdème, des phénomènes inflammatoires, des douleurs et des troubles musculaires. Régression très notable de l'exophtalmie, de 17 à 12 mm. d'un côté, de 15 à 11 mm. de l'autre. En revanche, les signes d'hyperthyroïdie n'ont pas paru influencés. Le mode d'action de l'A.C.T.H. sur l'exophtalmie est brièvement discuté.

L. R.

La vitamine B12 en neurologie. 18 mois d'expérience, par J. Lereboullet et R. Pluvinage. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 16 novembre 1951).

Résultats obtenus en 18 mois, chez 74 malades atteints d'affections neurologiques diverses. Dans les syndromes neuro-anémiques, les résultats sont habituellement brillants. Dans la sclérose en plaques, les formes moyennes stabilisées sont les plus améliorées par la vitamine B12 ; cette action, parfois extrêmement nette, est cependant inconstante ; par contre, la médication semble peu active sur la poussée évolutive et en cas de lésions nerveuses irrémédiables. Les auteurs ont également obtenu de bons résultats dans certaines paraplégies spasmodiques d'origine myélitique, dans les syndromes spino-cérébelleux et dans deux cas d'atrophie cérébelleuse. Ils en étudient l'action dans les polynévrites, avec des résultats parfois remarquables.

L. R.

Un nouveau stabilisateur végétatif (le 4560 RP), par H. Laborit, P. Huguenard et R. Alluaume (de Paris). (*La Presse médicale*, 13 fév. 1952).

Les auteurs rapportent l'emploi qu'ils font depuis plusieurs mois en anesthésie-réanimation d'un nouveau dérivé de la phénothiazine, le 4560 R.P. Ils en précisent les indications actuellement expérimentées, les doses utilisables, les associations possibles. Ils concluent, qu'entrant dans une conception thérapeutique générale, l'emploi du 4560 R.P. est appelé à s'étendre à de multiples domaines, parmi lesquels l'analgésie obstétricale et la psychiatrie.

L. R.

Etude expérimentale de la prétendue action ganglioplégique de la chlorpromazine (4560 R. P.), par Ph. Decourt, M. Brunaud et S. Brunaud. (*Bull. de la Société de biologie*, séance du 17 octobre 1953).

L'activité thérapeutique de la chlorpromazine (4560 R.P.) dans la méthode dite improprement « hibernation artificielle » est fréquemment attribuée à une action « ganglioplégique » de ce corps. En réalité, cette action restait hypothétique, car on ne l'avait pas encore mise en évidence expérimentalement. De plus, cette action était, *a priori*, peu vraisemblable si l'on en jugeait par les propriétés physiologiques déjà connues de ce corps.

La technique classique de recherche de l'action ganglioplégique sur la membrane nictitante du chat est inapplicable dans le cas de la chlorpromazine à cause de la puissante action de ce corps sur les effets périphériques de l'adrénaline. L'étude sur un test dans lequel l'adrénaline ne joue pas le rôle de médiateur chimique (sécrétion salivaire déterminée par excitation de la fibre pré-ganglionnaire correspondante) montre que la chlorpromazine n'a pas d'action ganglioplégique, même à doses élevées. Une dépression partielle de l'activité sécrétrice s'explique à la fois par l'action narcobiotique de ce corps, et par une action antagoniste partielle vis-à-vis de l'acétylcholine qu'on lui a reconnue par ailleurs.

L. R.

Progrès thérapeutiques en psychiatrie. Traitements pharmacologiques (Progressos terapeuticos en psiquiatria. Tratamientos farmacologicos), par José Bleger (de Santiago del Estero). (*Revista latino-americana de psiquiatria*, 1re année, n° 2, janvier 1952, p. 43-53).

L'auteur rappelle les travaux essentiels sur l'emploi en thérapeutique psychiatrique des dinitriles, de l'acide glutamique, des amphétamines, du tétraéthylthiuram disulfide, des barbituriques intraveineux en particulier pour la narco-analyse, enfin de la myanésine. Nombreuses références bibliographiques soigneusement classées.

V.-J. Durand.

MÉDECINE LÉGALE

La narcoanalyse en neuropsychiatrie et dans le domaine médico-légal, par H. Baruk (de Paris). (*Archivio internazionale di studi neurologici*, vol. 1, fasc. 3, juin 1951).

Rappelant, avec raison, l'ancienneté des travaux français sur l'exploration pharmacodynamique du psychisme, depuis Moreau de Tours, l'auteur décrit particulièrement l'emploi du somnifène et du scopochloralose, comme moyens thérapeutiques dans le pithiatisme. Puis, sont exposés les travaux récents de l'école américaine et les inconvénients d'une trop grande extension de la narco-analyse : choc moral sur l'opinion, toxicomanies narco-analytiques, suggestions pathogènes, dangers des dissociations mentales et des délires provoqués, dangers de l'expérimentation toxique chez l'homme, faible valeur des aveux forcés en cas d'emploi médico-légal. « La narco-analyse reste un moyen très infidèle de diagnostic et ses effets thérapeutiques ont été consi-

dérablement exagérés. Si elle peut parfois guérir certains accidents hystériques, le même résultat peut être obtenu avec beaucoup moins d'inconvénients par l'action pharmacodynamique du scopochloralose. »

V.-J. Durand.

Le concept d'encéphaloses criminogènes (The concept of criminogenic encephalosis), par M. Bachet (de Paris). (*The American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 21, n° 4, octobre 1951, p. 794-799).

La notion d'encéphaloses criminogènes due à l'auteur paraît rencontrer un accueil favorable auprès des psychiatres et des criminologistes. Son origine fut l'observation de l'énurésie avec une particulière fréquence dans le passé des délinquants. Il y a relation étroite entre désordres sociaux et troubles du sommeil. Un parallèle doit être établi entre les deux séries : énurésie, troubles hypniques et délinquance et encéphalite épidémique, troubles du sommeil et délinquance. Il faut étudier le rôle du facteur héréditaire dans l'énurésie. Celle-ci doit être soigneusement recherchée dans tous les cas de désordres antisociaux

V.-J. Durand.

Le crime de « menticide », par Joost A. M. Meerloo. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 107, n° 8, février 1951, p. 594).

Le « menticide » comporte un système organisé d'intervention psychologique et de perversion juridique, dans lequel un personnage puissant transfère ses propres pensées dans l'esprit et le langage des victimes qu'il a l'intention de détruire ou d'utiliser pour sa propre propagande. La psychiatrie moderne possède des moyens qui peuvent servir à cette fin. La torture morale entraîne chez les prisonniers politiques trois phases psychologiques. La première consiste à obtenir l'aveu d'un crime quelconque par de longs interrogatoires, par le manque de nourriture ; si la victime résiste, on a recours aux narcotiques (mescaline, morphine, barbituriques, alcool). La seconde phase consiste à obtenir que le sujet soit convaincu qu'il a accompli le crime ; dans la troisième phase, il est entraîné à faire de fausses dépositions. Il est révoltant de penser que la mentalité d'un peuple puisse être altérée par une torture psychologique. L'auteur pense qu'il est possible d'immuniser chaque citoyen contre le menticide.

La torture mentale change la volonté humaine normale en une lâcheté pathologique ; on doit rendre le moi des sujets résistant aux influences des maîtres inhumains sans scrupules.

La déclaration universelle des Nations-Unies traitant des droits de l'homme proclame la liberté de pensée, d'opinion et d'expression ; elle devra garantir l'individu contre les attaques psychologiques, qui prennent la forme de torture morale.

L. Marchand.

La personnalité de l'incendiaire, par Jean Oulès. (*L'évolution psychiatrique*, avril-juin 1952).

Dans cet intéressant travail, qui porte sur 41 cas d'incendiaires expertisés en Dordogne, l'auteur étudie successivement les conditions concrètes de cette

réaction anti-sociale, puis sa psycho-pathologie. Sexe, âge, date, horaire, objet incendié, sont examinés. La plupart des débiles, à la sexualité pauvre, ont vu leur responsabilité atténuée ou inexistante, sauf cinq. De son étude, l'auteur décrit un portrait de l'incendiaire-type ou moyen, fort bien fait, compte tenu de l'aspect théorique de ce procédé.

Se penchant sur le mécanisme psycho-pathologique de l'impulsion pyromaniaque, à l'origine de laquelle les psychoses confirmées sont rarement présentes, l'auteur s'éloigne des sentiers battus des théories psychanalytiques habituelles en insérant les conduites incendiaires dans une perspective psycho-sociale du feu, où il n'est plus besoin d'invoquer la valeur phallique de la flamme et la nécessité du meurtre du père ». Toutes les conduites élaborées secondairement à l'égard du feu et de ses dérivés, écrit encore l'auteur, se réfèrent à un « pyrotropisme » issu du fond archaïque des comportements instinctifs. Mais nous relèverons, en terminant, la mention que tous les incendiaires en cause présentaient pratiquement des causes somatiques d'altération de la personnalité.

Article plein d'intérêt et des plus utiles aux médecins-experts.

M. Leconte.

Etude médico-psychologique de quelques mineures victimes d'agressions sexuelles par des membres de leurs familles, par M. Schachter et Mlle S. Cotte. (*Archives de neurologie*, n° 1, janvier 1952).

Le but de ce travail a été de rechercher au moyen du test de Rorschach la structure psychologique de dix fillettes victimes d'une ou de plusieurs agressions sexuelles de la part de membres de la famille. Le test de Rorschach, s'il n'objective pas de façon manifeste les éléments du choc sexuel proprement dit, montre à l'évidence une note très marquée d'agressivité, en tant que symbole de l'instabilité affectivo-caractérielle des sujets.

V.-J. Durand.

Test pour le dépistage de la simulation de l'amblyopie monoculaire, par G. Renard et Dinzard. (*Bull. de la Société d'ophtalmologie de Paris*, séance du 21 avril 1951).

Les auteurs ont réalisé sur le principe des anaglyphes un nouveau test qui élimine certaines imperfections résultant de la sensibilité différente de l'œil au vert et au rouge. Il est facile de préciser l'acuité du plus mauvais œil.

L. R.

Troubles nerveux extenso-progressifs post-traumatiques : considérations médico-légales, par J.-A. Barré (de Strasbourg). (*Bull. de la Société de médecine et d'hygiène du travail de Strasbourg*, séance du 17 mars 1951).

Sous le nom de *troubles nerveux réflexes extenso-progressifs*, l'auteur a décrit en 1943 des accidents qui se développent rapidement ou après un certain délai, à la suite d'une blessure minime intéressant le plus souvent la périphérie des membres.

Suivant les cas, il s'agit d'*algies* qui montent le long d'un membre et

envahissent le membre homolatéral, d'*états hémiplégiques*, de *spasme de torsion* unilatéral, de *crises toniques extensives*, d'*épilepsie réflexe*, d'états rappelant le *syndrome syringomyélique*, de troubles reproduisant les traits principaux de la *sclérose latérale amyotrophique*.

La désignation générale de « troubles extenso-progressifs post-traumatiques » dans le *Barème estimatif des accidents du travail*, avec l'indication très courte de leurs principales formes, permettrait à de nombreux praticiens qui voient ces troubles, de penser à ces formes curieuses, de se renseigner et de faire œuvre médico-légale scientifique, humaine et juste.

L. R.

Expertises et législation. Alcool et automobile, par Guy Nadeau. (*Laval médical*, Québec, vol. 16, n° 10, décembre 1951).

Montrant la difficulté du rôle de l'expert médical, les obstacles possibles pour l'accomplissement de sa tâche, l'auteur étudie plus spécialement la question des dosages de l'alcool sanguin dans les accidents d'automobile. Certains pays, comme les nations scandinaves, ont recours à cette recherche depuis plusieurs années déjà. Au Canada, la législation n'admet pas encore un procédé dont l'utilité est cependant certaine. Les précautions à prendre, au cours de la prise de sang, sont rappelées. Bibliographie.

V.-J. Durand.

La prison, facteur criminogène, par Olof Kinberg (de Stockholm). (*Theoria A. swedish Journal of Philosophy and Psychology*, vol. 17, 1951, p. 103-122).

On a critiqué le régime cellulaire, mais il faut connaître aussi les dangers du régime en commun dans la vie pénitentiaire ; les buts de l'organisation sont au fond contradictoires. La prison peut avoir un rôle criminogène. L'auteur étudie certains facteurs défavorables, parmi lesquels l'indigence culturelle habituelle chez beaucoup de détenus, qui peut influencer fâcheusement des prisonniers d'un niveau supérieur. L'attitude du public joue un rôle essentiel dans le problème des récidives. Malheureusement, la notion même de peine est un obstacle à une attitude rationnelle et réaliste. Il faut la remplacer par la notion de protection. Il reste encore beaucoup à faire. Des précisions sont données sur quelques réformes récentes de la législation suédoise.

V.-J. Durand.

Le service médical et psychiatrique des prisons dans l'œuvre actuelle de l'administration pénitentiaire, par P. Giscard. (*Revue médicale de France*, novembre-décembre 1951, p. 468-471).

A propos du livre récent de la collection « Que sais-je ? », « Les prisons », par Jacques Voulet, livre dont il montre l'intérêt, l'auteur fait quelques remarques sur l'utilité de la collaboration des psychiatres et de l'administration pénitentiaire. Cette dernière « ne supprime pas le droit de punir, mais elle l'exerce et, en l'exerçant, elle tend de plus en plus à l'humaniser ».

V.-J. Durand.

VARIETES

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance supplémentaire* du mois de NOVEMBRE de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 novembre 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de novembre de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 novembre 1953*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VIe arrondissement).

L'Assemblée générale et la *séance ordinaire* du mois de DÉCEMBRE de la Société médico-psychologique auront lieu le *lundi 21 décembre 1953*, à 10 heures *très précises*, à l'amphithéâtre de la Clinique de la Faculté, Centre psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, à Paris (XIVe arrondissement).

Nécrologie

M. le Dr Eugène GELMA, professeur honoraire de Clinique psychiatrique à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre titulaire de la Société médico-psychologique

Légion d'honneur

Est nommé *Chevalier de la Légion d'honneur :*

M. le Dr Pierre MALE, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

Ordre de la santé publique

Est promu au grade de *Commandeur :*

M. le Dr M. RISER, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, membre titulaire de la Société médico-psychologique.

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Ordre de la santé publique

Est promu au grade d'*Officier :*

M. le Dr J. Golse, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Bon-Sauveur, à Caen (Calvados).

Sont nommés au grade de *Chevalier :*

M. le Dr L. Anglade, médecin-chef à l'hôpital psychiatrique du Mans (Sarthe) ;

M. le Dr M. Carbillet, médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique d'Yzeure (Allier) ;

M. le Dr R. Carriat, médecin-chef des services psychiatriques de l'hôpital-hospice de la Ternoise, à Marseille (B.-du-Rh.) ;

M. le Dr G. Teulié, médecin-chef à l'hôpital-hospice de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Nominations

M le Dr J. Cohen est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique d'Auch (Gers) ;

M. le Dr Gaston Fellion est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique privé, faisant fonction d'hôpital psychiatrique public, de Plouguernevel (Côtes-du-Nord) ;

M. le Dr Sven Follin, médecin-chef des hôpitaux psychiatriques, est mis à la disposition du préfet de la Seine, en vue d'être affecté à l'un des hôpitaux psychiatriques de son département ;

M. le Dr G. Lecomte est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de La Charité-sur-Loire (Nièvre) ;

M. le Dr Didier Neuveglise est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique de Saint-Claude, à la Guadeloupe.

Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine

Un concours sur épreuves et sur titres pour le recrutement de 3 médecins-chefs des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira au ministère de la santé, à Paris, le 11 janvier 1954.

Les demandes seront déposées à la préfecture de la Seine (direction des affaires sociales, sous-direction des établissements hospitaliers et charitables, 9, place de l'Hôtel-de-Ville, bureau 209, de 15 à 18 heures, samedis, dimanches et fêtes exceptés). Elles seront reçues jusqu'au 27 décembre 1953 exclu.

(*Journal officiel*, 8 novembre 1953).

Vacance d'un poste de médecin attaché de pédiatrie à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

Un poste de médecin attaché de pédiatrie est actuellement vacant à l'hôpital psychiatrique de Ville-Evrard.

Les candidatures, accompagnées d'une liste des titres médicaux, devront être adressées avant le 30 novembre 1953 à la préfecture de la Seine, direction des affaires sociales, 9, place de l'Hôtel-de-Ville (bureau 209).

Capacité des hôpitaux psychiatriques au 1er janvier 1953 et population hospitalière traitée en 1952

Tableaux publiés dans la *Revue de la sécurité sociale*, juillet 1953, n° 36.

Catégories d'établissements	Capacité optimum	Capacité maximum
	(Lits)	(Lits)
Hôpitaux psychiatriques autonomes	5.853	7.641
Hôpitaux psychiatriques départementaux	35.009	45.724
Quartiers d'hospices	4.435	5.790
Hôpitaux psychiatriques faisant fonction d'établissements publics	12.903	18.062
Capacité globale	59.200	77.217
Lits en cours de création		2.980
Capacité maximum virtuelle		80.107
Population traitée en 1952	94.953	

L'excédent de la population est donc égal à :

a) par rapport à la capacité optimum :

94.953 — 59.200 = 35.753

b) par rapport à la capacité maximum virtuelle :

94.953 — 80.107 = 14.846

Pourcentage des maladies psychiatriques par rapport à la population générale de la France

Années	Population en million d'habitants	Population en traitement dans les hôpitaux psychiatriques	Coefficient pour 1.000 habit.
1946	40,2	65.623	1,63
1947	40,7	67.972	1,66
1948	41,2	75.315	1,82
1949	41,6	80.095	1,92
1950	41,9	85.659	2,04
1951	42,2	92.496	2,19
1952	42,7	97.000	2,27

Remboursement des frais d'hospitalisation dans les Etablissements psychiatriques

Suivant les renseignements recueillis auprès du ministre de la santé publique et de la population, toutes les personnes hospitalisées dans les établissements psychiatriques reçoivent des soins médicaux appropriés à leur état. En conséquence, les Organismes de sécurité sociale doivent participer aux frais de séjour, à la condition, bien entendu, que les intéressés aient droit ou ouvrent droit aux prestations du régime général de Sécurité sociale (8e Bureau de la Direction générale de la Sécurité sociale. Lettre A.G. n° 172 à X...).

(*Extr. Bull. juridique F.N.O.S.S.*, n° 32).

Un médecin non spécialiste ne peut soigner des malades dans une maison de santé pour maladies mentales agréée par la Sécurité sociale

Voici, en effet, la réponse qui a été faite par le ministre de la santé à une question posée par M. Jules Julien, le 23 juin dernier :

Réponse. — La rédaction de l'article 16 de l'annexe II de la circulaire n° 22 S.S. du 27 janvier 1948, concernant les conditions techniques d'agrément des maisons de santé pour maladies mentales, a été inspirée par le désir de faire assurer les soins aux malades par des médecins spécialistes. Ainsi, le fait de faire soigner des malades par des praticiens non spécialistes en psychiatrie, même si le médecin psychiatre spécialisé, directeur médical de l'établissement, autorise, approuve et contrôle le traitement, aboutit à tourner la réglementation.

[Extr. J.O., *Débats* (Ass. Nat.), 23 juillet 1953].

RÉUNIONS ET CONGRÈS

1er Symposium international de génétique médicale

Ce *Premier symposium international* s'est tenu à *Rome,* les *6* et *7 septembre 1953.* Il débuta par l'inauguration du nouvel Institut de génétique médicale et gémellologie dédié à Grégoire Mendel, et un discours du professeur Luigi Gedda, directeur de l'Institut.

Le programme comprenait ensuite la présentation de nombreuses communications par MM. L. Gianferrari (Milan), F. J. Kallmann (New-York), A. Franceschetti (Genève), W. Lehmann (Kiel), M. Torrioli, L. Romei (Rome), Taku Komai (Misima), V. Verschuer (Münster), M. Lamy (Paris), G. Meldolesi, E. Hanhart (Zürich), H. Grebe (Frankenberg-Eder), A. Lunedei, U. Teodori (Florence), P. L. Mollison (Londres), L. J. Unger (New-York).

Institut Gregorio Mendel, Piazza Galeno 5, Rome.

Ligue nationale belge d'hygiène mentale

La *Ligue nationale belge d'hygiène mentale* tiendra à *Bruxelles,* le *22 novembre 1953,* sa *6e Journée nationale,* qui aura pour thème : « Hygiène mentale et travail intellectuel ».

Secrétariat : Chaussée de Vleurgat, 98, à Bruxelles.

JOURNAUX ET REVUES

Centenaire du « Journal of Mental Science »

Pendant la réunion trimestrielle de « *The Royal Medico-Psychological Association* », qui se tiendra à *Londres* les *4* et *5 novembre 1953,* sous la *présidence* de G. W. T. H. Fleming, une exposition commémorant le *centenaire* du « *Journal of Mental Science* », aura lieu dans the Old Library (Roons n° 6), 11 Chandos Street.

Travaux de la section de psychologie clinique du XIe Congrès de l'Association internationale de psychotechnique (Paris, 27 juillet-1er août 1953)

Le numéro 3 (juillet 1953) de la *Revue de psychologie appliquée* est consacré en entier à la publication des travaux de la *section de psychologie clini-*

que de ce *XI*e *Congrès* de l'*Association internationale de psychotechnique*, section organisée sous les auspices du *Groupement international pour la coordination de la psychiatrie et des méthodes psychologiques*.

Contre l'usage et l'abus des sigles

Le Conseil de la République a adopté à l'unanimité une proposition de résolution de M. Ernest Pezet invitant le gouvernement à réglementer dans les documents publics l'emploi des initiales et graphismes abrégés pour les appellations françaises et étrangères. Il s'agit de débarrasser les textes officiels, législatifs, administratifs et parlementaires des « sigles » abusifs qui les rendent parfois incompréhensibles.

M. Vauthier, rapporteur de la commission de l'intérieur, a montré combien cette mode qui n'est certes pas nouvelle -- la Rome antique avait son S.P.Q.R. — s'est à ce point développée qu'elle devient gênante. Beaucoup d'abréviations constituent de véritables énigmes ! Un éditeur a fait imprimer un dictionnaire spécial qui contient huit mille de ces « formules algébriques » avec leur traduction. Publié en 1951, ce dictionnaire est déjà périmé.

L'usage des sigles en science n'est pas moins abusif. Trop d'auteurs d'articles médicaux oublient que leurs travaux, particulièrement lorsqu'ils sont lus à l'étranger, en deviennent parfois incompréhensibles pour le lecteur.

HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Dépôt à l'Assemblée nationale française d'une proposition de loi ayant pour objet « la lutte contre le bruit »

Si personne ne doute des méfaits de l'exagération des bruits et de son retentissement sur le système nerveux des malades... et des bien portants, on ne peut qu'être étonné du silence des Sociétés de neuro-psychiatrie et des organisations d'hygiène et de prophylaxie mentales à l'égard de cette question, d'une importance croissante.

Nombreuses sont maintenant les villes et les campagnes où, en particulier jour *et nuit*, les pétarades incessantes des échappements libres des véhicules automobiles, la mise en action à tout propos et hors de propos d'avertisseurs assourdissants, s'opposent au repos et à l'obtention d'un sommeil normal. L'augmentation continue du nombre des véhicules à moteur, particulièrement des plus bruyants, qui sont parfois les plus petits, véhicules à deux roues de divers types (1), mais qui sont aussi les camions et les cars, est particulièrement sensible sur les grands itinéraires favorables au camionnage nocturne. Etablissements hospitaliers et habitations particulières en sont également victimes. Et pourtant, est-il rien de plus inutile et de plus facilement évitable que l'échappement libre des véhicules à moteur ?

M. Joseph-André Hugues, député de la Seine, déclarant qu' « à ce rythme, aucun système nerveux ne résistera » et que « nos maisons de santé verront encore s'accroître le nombre de leurs clients », a déposé au Parlement une proposition de loi ayant pour objet « *la lutte contre le bruit* », selon laquelle les constructeurs seraient tenus « d'insonoriser les appareils, le matériel et les véhicules susceptibles d'être utilisés sur la voie publique » et qui accorderait aux préfets et aux maires le pouvoir « d'interdire ou de limiter l'au-

(1) Il y a actuellement en France 800.000 vélo-moteurs, 150.000 scooters, 350.000 motocyclettes.

torisation de tous appareils avertisseurs sonores ». En ce qui concerne ces derniers, l'expérience a d'ailleurs montré que, loin de faciliter les accidents, l'interdiction de leur emploi, qui est un facteur de prudence, en diminue le nombre.

Si, des causes qui favorisent l'éclosion des troubles neuro-psychiques, il en est contre lesquelles l'action se révèle, parfois, sinon décevante, au moins difficile, n'est-ce pas une raison supplémentaire de la suppression de celles contre lesquelles une action apparaît facile au moment même où leur influence grandissante en souligne la nocivité ? Aussi ne saurait-on trop applaudir à la proposition de loi de M. Joseph-André Hugues, en souhaitant que les milieux médicaux, mais particulièrement les organisations neuro-psychiatriques, prennent toutes dispositions utiles pour appuyer une heureuse initiative de prophylaxie et d'hygiène neuro-psychique.

Recrudescence de la poliomyélite en 1952

Pendant l'année 1952, une forte épidémie de poliomyélite s'est produite en août et septembre au Canada, dans la province du Saskatchewan. Aux Etats-Unis, on a dénombré pour la première fois 57.000 cas, soit deux fois plus qu'en 1951. En Europe, furent déclarés environ 32.000 cas, soit également deux fois plus qu'en 1951 : les pays les plus atteints étant la République fédérale d'Allemagne, le Danemark, les Pays-Bas et la Belgique.

Contrairement à l'opinion naguère admise, la poliomyélite ne sévit pas exclusivement dans les zones tempérées. Elle est fréquente également dans les pays tropicaux : en 1952, des épidémies de poliomyélite ont été signalées dans l'Ile Maurice, au Cambodge, en Thaïlande, à Cuba, aux îles Hawaï, aux îles Gilbert et Ellice.

Au sujet de la poliomyélite

Position prise par le Comité d'experts réuni à Rome sur l'initiative de l'Organisation mondiale de la santé.

Le Comité d'experts a approuvé, à l'unanimité, la page suivante du rapport final :

« La commission fait sienne l'opinion suivante, extraite du rapport de la conférence de l'Organisation mondiale de la santé sur la vaccination contre la diphtérie et la coqueluche. La conférence estime que la pratique de l'immunisation contre la diphtérie et la coqueluche doit être troublée aussi peu que possible par la crainte d'une éventuelle poliomyélite. Les vaccinations contre la diphtérie et la coqueluche doivent normalement être continuées, même pendant la saison de la poliomyélite : c'est seulement si la maladie prenait le caractère d'une épidémie grave dans une région déterminée, que toutes vaccinations seraient temporairement interrompues dans cette localité. Si, selon l'opinion des autorités de santé du lieu, l'épidémie de poliomyélite était de sévérité mineure, les vaccinations contre la diphtérie et la coqueluche seraient continuées, mais on déconseillerait, en ce cas, l'emploi des vaccins combinés précipités. »

Il n'est donc nullement question de déconseiller les vaccinations d'une façon générale et systématique, ni même de les interrompre pendant la saison de la poliomyélite. Il est à remarquer que toutes les autres mesures auxquelles fait allusion la dépêche d'agence (éviter l'ablation des amygdales ou les piqûres intramusculaires irritantes, etc.), n'ont été envisagées que comme des mesures particulières à recommander en temps d'épidémie et dans un foyer d'infection. Elles n'ont aucunement le caractère général qui leur a été attribué.

STATISTIQUE

Annuaire statistique de la santé publique du Royaume de Belgique

L'*annuaire statistique de la santé publique, 1952, du Royaume de Belgique,* publié récemment par le Service de la statistique nosologique du ministère de la santé et de la famille (in-4°, 310 pages), contient en particulier des renseignements concernant la lutte contre les *maladies mentales* (nombre de malades mentaux internés, répartitions des établissements pour malades mentaux, liste des « services ouverts » et nombre de lits, instituts pour enfants anormaux) et la morbidité (liste détaillée des affections, nombre de malades par sexe et par genre d'affection, groupés d'après la province dans laquelle se trouvent les établissements qui les hospitalisent), ainsi que de nombreux renseignements concernant la démographie, l'armement sanitaire, le personnel médical et paramédical, l'enseignement, les dépenses de santé publique, etc.

CRIMINOLOGIE

Au tribunal de la Seine : La « mercuriale » fait ressortir une diminution du nombre des jeunes délinquants

Les résultats des travaux du tribunal de la Seine pour l'année judiciaire écoulée, la « mercuriale », viennent d'être publiés, et il apparaît qu'au civil comme au pénal il y a eu une faible diminution du nombre des affaires nouvelles.

C'est ainsi qu'il y a eu 24.442 affaires civiles inscrites au rôle général pour 24.451 en 1951. Au pénal même tendance. Le tribunal correctionnel a jugé 33.861 affaires comportant 40.911 prévenus contre 45.861 affaires et 55.312 prévenus l'année précédente.

M. Georges Sieurac, *substitut,* qui a établi ces statistiques, s'est félicité, dans l'exposé de son travail, de la régression du nombre des délinquants juvéniles, déjà constatée en 1950 et 1951, et dont le chiffre constitue en 1952 le plus bas depuis la libération. 3.392 mineurs ont été impliqués, soit pour des délits divers, soit pour des infractions à la liberté surveillée, soit sur des requêtes de correction paternelle. 2.770 ont été poursuivis.

La chambre du conseil a été saisie de 994 requêtes en déchéance totale ou partielle de la puissance paternelle ; elle a prononcé 421 jugements de déchéance totale et 491 ordonnant le retrait du droit de garde.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Faculté de médecine

M. le Dr Th. Kammerer, agrégé, est nommé professeur titulaire (Chaire de *Clinique psychiatrique*).

Le Rédacteur en chef-Gérant : René Charpentier.

Masson et Cie Editeurs, Paris
Dépôt légal : 1953 (3e trimestre). — Numéro d'ordre : 1.706
Cahors, Imp. A. Coueslant (*personnel intéressé*). — 85.139. — 1953
C.O.A.L. 31.2330.